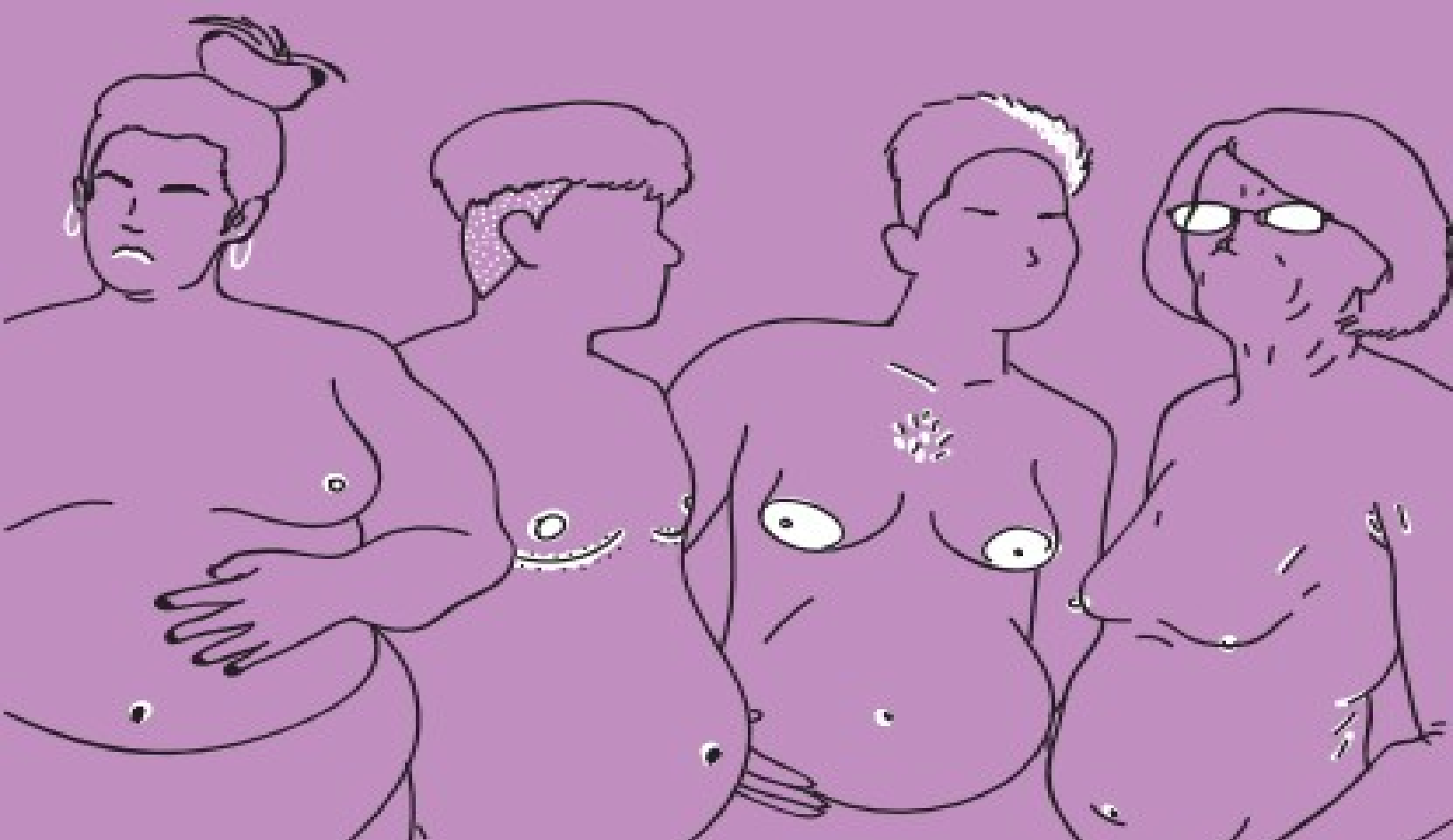


TODO PARTO ES POLÍTICO

CONSTRUCCIONES DE SENTIDO
AL MOMENTO DE PARIR

AGATHA GLOMBOVSKY



**TODO PARTO ES POLÍTICO:
CONSTRUCCIONES DE SENTIDO AL MOMENTO DE PARIR**

Agatha Glombovsky

Legajo: 22077/7

Mail: Agatha.glom@gmail.com

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Periodismo y Comunicación Social

Directora: Doctora Luciana Isa

Co-directora: Magister Claudia Suarez Baldo

Agradecimientos

A mi familia: mamá, Lara, Ivan, Lucho, Nacho, Papá, Sergio, Ile, primxs, tíxs ,y quien corresponda, por su apoyo y amor incondicional.

A mis amigxs: lxs bahienses, lxs platenses, lxs de la facultad, lxs de la militancia, lxs de siempre, lxs de ahora, por bancarme en los mejores y peores momentos.

A Simón, por ser mi compañero en esta y en las próximas etapas.

A la Agrupación Rodolfo Walsh, por enamorarme de la militancia, de la política y de los proyectos colectivos, por hacer de la universidad un espacio de contención y de compromiso por las causas olvidadas.

A la Facultad de Periodismo y Comunicación Social, por ser mi segunda casa todos estos años y por tener la responsabilidad clara de construir una academia más popular y menos meritócrata.

A los feminismos, por desafiar todos los mandatos patriarcales, por señalar las desigualdades históricas, por formarme en sororidad.

Al peronismo: Perón, Evita, Néstor y Cristina, por enseñarme a luchar por la justicia social, por la independencia económica, por la soberanía política, y por la felicidad del pueblo, que es la felicidad de todxs.

Este Trabajo Integrador Final de Investigación utiliza el lenguaje inclusivo y por esto el uso de la “X” estará en el recorrido del mismo. Se comprende la necesidad de visualizar al lenguaje como un espacio de disputa, una arena de lucha en la se ponen en juego diferentes miradas del mundo. Se asume la decisión política de nombrar a todas las identidades sexuales con el fin de empezar a construir un mundo más igualitario.

Índice

1. Introducción	11
2. Marco teórico: Posiciones y decisiones políticas	13
2.1 El género como punto de partida	13
2.2 ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?	14
2.3 El discurso médico hegemónico como ordenador del mundo	17
2.4 El poder y las luchas por el sentido	21
3. Herramientas de abordaje a la investigación	25
4. Todo parto es político: poniendo en tensión el discurso médico hegemónico..	29
4.1 Violencia obstétrica: naturalizaciones y negaciones por parte de lxs profesionales de salud	30
4.2 Violencia obstétrica: nociones y valoraciones de las protagonistas	35
4.3 Discurso médico hegemónico: cómo se construye y cómo opera su poder	40
4.3.1 La dimensión ahistórica: el saber médico por fuera de la historia y sus procesos	42
4.3.2 La dimensión biológica: construcción y consolidación de poder	45
4.3.3 La dimensión asocial: lo neutral por encima de lo político	45
4.3.4 La dimensión patriarcal: la relación directa entre el saber médico y el machismo	50
4.4 El rol del Estado: ejercicio y valoraciones de las leyes promulgadas en nuestro país	54

4.4.1 Valoraciones y críticas por parte de lxs profesionales	55
4.4.2 Conocimientos y experiencias por parte de las protagonistas	59
5. Reflexiones finales: ¿Por qué analizar las construcciones de sentidos sobre los partos?	63
6. Anexos	69
7. Bibliografía	101

1. Introducción

El presente trabajo busca analizar las construcciones de sentidos que conceptualizan al rol de la mujer y persona gestante al momento de parir. Se reflexionará en torno a las prácticas que se presentan como únicas posibles pero que ocultan concepciones patriarcales y patologizantes sobre los cuerpos de las mujeres y personas gestantes.

En este sentido, se busca preguntar por la incidencia de La Ley de Parto Humanizado (Ley Nacional N° 25.929, 2004) y la Ley Nacional N° 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. En estas leyes se exige respetar los derechos de las madres y sus tiempos durante el embarazo, parto y post parto. Asimismo, se reconoce a la violencia obstétrica como uno de los tipos de violencia contra las mujeres y las personas gestantes.

Estas legislaciones entienden a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Si bien estas leyes existen desde el año 2004 y el año 2009 es preciso preguntarse si estas disposiciones se cumplen en la práctica rutinaria de lxs profesionales de la salud.

Este trabajo, entonces, se dispondrá a reflexionar en torno al rol de la mujer y a las personas gestantes al momento de parir con el objetivo de problematizar sobre las construcciones de sentido en torno a los procesos de parto.

Objetivo general

Analizar la construcción de sentidos en torno al rol de la mujer y personas gestantes durante el parto luego de sancionada la Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en las que se desarrollen sus relaciones interpersonales y la ley 25.929 o la Ley de Parto Humanizado.

Objetivos específicos:

- Indagar sobre las prácticas al momento de parir.
- Analizar las representaciones sociales en torno al parto y al rol de la mujer y personas gestantes en él.
- Reflexionar sobre las potenciales transformaciones que produjo la promulgación de la Ley de Parto Humanizado.
- Problematicar sobre el discurso médico.
- Contribuir en la promoción de los derechos reproductivos de la mujer durante el parto.

2. MARCO TEÓRICO: posiciones y decisiones políticas

Este trabajo se propone analizar y reflexionar sobre las construcciones de sentido en torno al rol de la mujer y personas gestantes al momento de parir. Se tiene como objetivo principal la descripción y problematización de las conceptualizaciones sobre los partos que se perciben naturales pero que generan desigualdades y violencias. En este punto, es necesario abordar algunos conceptos claves en el análisis para sentar posición teórica y política sobre los mismos.

2.1 El género como punto de partida

En primer lugar, es relevante establecer que se aborda la temática desde la comunicación/género. Dicho enfoque es fundamental para problematizar los discursos hegemónicos que perpetúan una posición de inferioridad de las mujeres y personas gestantes con respecto al hombre blanco heterosexual.

Hablamos de género pensado desde la comunicación, para referirnos al entramado de discursos que simulan ser naturales pero que, en realidad, esconden luchas de sentidos. Florencia Saintout, en este sentido, afirma que es importante “detenerse en la idea de que los sentidos se construyen, es decir, detenerse en la idea de que los sentidos sobre la vida social son sentidos históricos. No son “verdaderos”, no están dados de una vez y para siempre, por lo tanto pueden ser de otra forma, pueden ser cuestionados”. (Saintout, 2013). Han sido fijados dentro del sentido común pero que, al ser sentidos en disputa, son inestables y pueden ser abiertos a otras nuevas significaciones de los mismos.

Se propone, entonces, al género como punto de partida para pensar y discutir el mundo, comprendiéndolo desde la construcción social de sentido, con el objetivo de percibir su carácter transformable.

Esta conceptualización del género entendido como construido y desde la comunicación habilita a cuestionar dichos entramados discursivos en donde se juegan las exclusiones, opresiones y discriminaciones. Asimismo, permite reconocer la existencia de discursos opresores que reconstruyen el rol de la mujer y los cuerpos feminizados en la sociedad subordinada a una cultura patriarcal y machista; y la posibilidad de disputarlos con el fin de poner en juego nuevas significaciones.

Dicho esto, se comprende al género como una categoría de análisis “para entender las implicaciones que la etiqueta “masculino” o “femenino” tiene en el caso de estudio y para arrojar luz sobre el rol que juegan las relaciones de poder basadas en nuestro sistema de género”. (Bellón Sánchez, 2015)

Es por esto que comprendemos la necesidad de abordar el tema desde dicha conceptualización, con el propósito de indagar las construcciones de sentido desde el discurso médico hegemónico con respecto al rol de la mujer al momento de parir y a intentar visualizar los sentidos hegemónicos y las prácticas violentas que prefiguran ser naturales.

2.2 ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?

Es importante que podamos formular el concepto de violencia obstétrica con el propósito de nombrar las prácticas violentas ya mencionadas. Nuestro trabajo tendrá como punto de partida

las promulgaciones de dos leyes nacionales en donde se establecen enunciaciones sobre la temática.

La Ley 26.485, "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en las que se desarrollen sus relaciones interpersonales" define a la violencia Obstétrica como: "Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales". Asimismo, establece a la violencia obstétrica como un tipo más de violencia de género.

Dicho esto, podemos comprender que la violencia obstétrica se delimita como las prácticas violentas al momento del embarazo, el parto y el post parto por parte del equipo de salud por sobre una mujer durante los procesos ya mencionados, pero que a su vez está comprendida dentro de las violencias ejercidas hacia las mujeres por su condición de histórica inferioridad dentro de la cultura patriarcal.

Natalia Magnone en su artículo titulado "Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica", define a la violencia obstétrica como "un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ejercida en el campo de la atención de la salud reproductiva. Concebida como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud". (Magnone Alemán, 2011)

En este sentido, podemos identificar a las violencias ejercidas por el sistema de salud hacia las mujeres durante el parto, específicamente, como violencia obstétrica, comprendiéndola como producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

Entendemos que se trata de un tipo de violencia de género ya que presenta prácticas violentas, excluyentes y discriminadoras a un sector de la sociedad que se mantiene como históricamente inferior a la supremacía del hombre blanco heterosexual. Es decir, percibimos a la violencia hacia las mujeres como una violencia estructural ya que desde los orígenes de la civilización las mujeres y los cuerpos feminizados fueron sometidxs y oprimidxs, negándoles derechos y oportunidades.

A su vez, la definimos como violencia institucional ya que se trata de prácticas dentro de organismos e instituciones de salud, efectuadas por profesionales dentro de las mismas. Es decir, se la advierte a partir del uso del poder del Estado para reforzar los mecanismos establecidos de dominación por parte del equipo de salud y un sistema de salud que lo avala.

La autora además define a la violencia obstétrica física como “la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico”. (Magnone Alemán, 2011). Esto permite comprender cómo el discurso médico hegemónico habilita la intervención médica durante el proceso de parto, patologizando un proceso natural.

Sobre esto, Camacaro Cuevas dirá que:

“El cumplimiento de procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayoría de las veces no discriminan o individualizan a las mujeres, viene a ser una expresión de lo denominado medicalización de los procesos reproductivos y del parto, ya que, dado este tipo de atención obstétrica se reduce su posibilidad de valerse por sí mismas, dependiendo entonces de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, psíquica y hasta

cotidiana. Esa tendencia de la medicina a invadir e irrumpir en la reproducción humana se enlaza inexorablemente con la patologización de la vida, entonces evitando que la patología haga su fantasmal aparición, se medicaliza desde el episodio de parir/nacer hasta el de morir”. (Camacaro Cuevas, 2009)

Podemos comprender entonces que la intervención médica al momento de parir no se trata de un procedimiento natural y necesario, sino que deviene de una concepción biologicista en donde la medicina se mantiene como único saber posible por sobre los cuerpos y saberes propios de las mujeres y personas gestantes en proceso de parto. Es decir, se trata de relaciones de poder y discursos hegemónicos que imperan en las prácticas rutinarias.

A su vez, Graciela Medina describe que la violencia obstétrica no se cierra en los procedimientos físicos ejercidos por el equipo de salud, sino que además existen otras violencias simbólicas y psicológicas que afectan de igual manera a las mujeres y personas gestantes durante el momento del parto. Sobre dichas prácticas dirá que “incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de lxs profesionales”. (Medina, 2009)

En este sentido, es sumamente necesario un abordaje de la intervención médica del parto desde una perspectiva de género que permita analizar y problematizar los sentidos hegemónicos que se presentan. Belén Castrillo expone que el análisis desde dicha perspectiva permite indagar en torno a las relaciones de poder que se ponen en juego en el procedimiento médico que incluye a las mujeres-madres y varones-padres y a las relaciones de poder/subordinación, características

de la práctica médica. La autora entenderá a dicha intervención en el marco de “relaciones de subordinación genéricas, coincidentes con un modelo médico hegemónico patriarcal, que reproduce una asignación social de roles en base a diferencias sexuales”. (Castrillo, 2014)

Asimismo, comprenderemos que la salud y especialmente la salud sexual reproductiva no es más que otro campo en disputa en donde los saberes médicos hegemonizan los discursos y en donde se reproducen y manifiestan relaciones desiguales entre los géneros. “Los modos en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros refleja sus valores nucleares y principios estructurales. El punto clave que se quiere establecer es que el estudio de estas temáticas ligadas al parto (pensadas como específicas de las mujeres) puede ser un medio valioso a través del cual analizar procesos sociales generales”. (Castrillo, 2014)

Dicho esto, podemos afirmar que la intervención médica al momento del parto se asienta en base a un control simbólico del saber en dónde se deslegitima el propio saber de la mujer y su conocimiento sobre la situación.

2.3 El discurso médico hegemónico como ordenador del mundo

Resulta necesario describir a qué se refiere cuando se habla del modelo médico que ejecuta las violencias y exclusiones que pretendemos analizar. Como punto de partida es importante que definamos al discurso no desde un simple enunciado oral o escrito sino como una práctica social que involucra necesariamente una relación de significaciones desde un lugar de disputa.

En este sentido, se entiende al término desde la visión foucaultiana, comprendiendo al discurso no como “conjuntos de signos (de elementos significantes que envían a contenidos o a

representaciones), sino como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de que hablan”.
(Foucault, 1975)

Asimismo, Foucault afirma que hay una relación estrecha entre el “discurso” y la política. No comprende al “discurso” como muestra de aquello que la política tiene para decir, ni como intérprete de conflictos, ni como evidencia de las relaciones de fuerza y poder, ya que “el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse”.
(Foucault, 1970)

Es decir, se habla de discursos hegemónicos para referirse a dichas prácticas simbólicas y materiales que representan ciertas conceptualizaciones de mundo y que, a su vez, se reflejan en acciones naturalizadas. Pero que, al mismo tiempo, representan un espacio de lucha y de disputa por las significaciones.

En este sentido, es preciso que podamos entender al Modelo Médico Hegemónico desde esa lógica, reconociéndolo como un lugar en pugna constante. Eduardo Menéndez se va a referir al mismo comprendiéndolo no solo desde praxis concretas, sino desde conceptualizaciones y significaciones hegemónicas que vislumbran ejercicios de poder.

Sobre esto, el autor define que:

“Por Modelo Médico Hegemónico (MMH) entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse

como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. (Menéndez, 1988)

Dicho esto, podemos reflexionar en torno a la construcción de dicho discurso como hegemónico. Es decir, comprendiendo que los saberes se legitiman a partir de una lucha de significaciones en la cual se ponen en juego distintas concepciones de mundo. Podemos afirmar, entonces, que dicho discurso se presenta como dado naturalmente pero es importante visibilizar que bajo esta premisa oculta las disputas de sentidos.

Se puede afirmar que la ahistoricidad del modelo médico hegemónico imposibilita la comprensión transformable del mismo. En otras palabras, conduce a posicionar al saber médico y a sus prácticas como naturales, sin percibir la pugna de sentidos y las redes de poder que encubre.

En este punto, es necesario comprender el término hegemonía, en donde se define como el proceso en el cual un sector de la sociedad dominante logra establecer sus intereses particulares en universales. Es decir, los sentidos se devienen en hegemónicos pero no a partir de dominación o cohesión física, sino a partir de disputas simbólicas.

Esto se relaciona con lo expresado por Jorge Huergo:

“Mientras que es posible entender cómo los significados naturalizados (o los estatutos) responden a los intereses dominantes y a los procesos de dominación, a la vez es posible comprender cómo los dominados muchas veces asumen actitudes conformistas, es decir, aceptan como “naturales” aquellos significados y los asumen como propios, de modo que colaboran en la reproducción social del pánico moral y la discriminación”. (Huergo, 2009)

Esta conceptualización del término hegemonía permite visualizar el proceso en el cual lxs sujetxs internalizan los discursos de las clases dominantes, permitiendo el ejercicio del poder. Asimismo, avala pensar la posibilidad de transformación y disputa sobre esos sentidos hegemónicos.

2.4 El poder y las luchas de sentidos

Es importante que podamos percibir el carácter mutable de los discursos que se presentan como únicos y naturales. Asimismo, es necesario comprender que los saberes se legitiman a partir de luchas de poder y dentro de contextos y procesos históricos determinados. Partiendo del hecho de que entendemos que el ejercicio del poder no es una condición preestablecida e inamovible es primordial señalar que se aborda el trabajo desde la concepción del poder de Michel Foucault.

A lo largo de su trabajo, el autor describe el concepto analizando el ejercicio del mismo en las sociedades occidentales y problematizando sus posibles resistencias. Afirmará que cuando hablamos de poder no hablamos necesariamente de cohesión física, de dominación explícita, sino de relaciones en donde se ponen en juego legitimación de saberes. Por lo tanto, no lo visualiza como un objeto o un hecho en sí, sino que lo percibe a partir de la circulación, producción y ejecución del mismo. Al respecto explica:

“El poder debe analizarse como algo que circula o, mejor, como algo que solo funciona en cadena. Nunca se localiza aquí o allá, nunca está en las manos de algunos, nunca se apropia como una riqueza o un bien. El poder funciona. El poder se ejerce en red y, en ella, los individuos no solo circulan, sino que están siempre en situación de sufrirlo y también de

ejercerlo. Nunca son el blanco inerte o consintiente del poder, siempre son sus relevos. En otras palabras, el poder transita por los individuos, no se aplica a ellos”. (Foucault, 1975-1976)

Se comprende entonces que el poder no es un objeto fijo que se pueda pasar de generación en generación, que pueda heredarse o quitarse o ejercerse desde una persona específica. El poder se encuentra en todos lados, se ejerce desde distintos puntos, y se ubica en constante movimiento, construyendo un conjunto de relaciones que no son igualitarias. Es decir, que no buscan generar equidad ni igualdad entre lxs sujetxs.

Abordamos dicha conceptualización de poder, ya que nuestro propósito está relacionado al abordaje del discurso médico hegemónico comprendiéndolo como un saber legitimado a partir de luchas de significaciones y relaciones de poder. El poder circula en múltiples direcciones y sentidos.

Asimismo, se afirma la imposibilidad de ubicar al poder fuera de un entramado de relaciones como son las de orden económico, el saber científico, la sexualidad. Es decir, no se comprende al poder como una gran maquinaria que define y prohíbe este tipo de formas de subjetivación, sino que se encuentra estrechamente ligado a dichas relaciones y que estas mismas, a su vez, aportan diversos medios y tecnologías que permiten una continua movilidad e invisibilidad en los ejercicios de poder.

En este sentido, se puede afirmar que la conceptualización de Foucault proporciona una profundización en torno a los contextos donde el poder es ejercido, ya que se encuentra permanentemente en lucha y en una constante movilización de técnicas, discursos y estrategias. Dicho de otro modo, podemos afirmar que el poder no se encuentra en una relación estable con los contextos sino, por lo contrario, permanece en incesante movimiento e inestabilidad.

De la misma manera, se puede cuestionar y desmitificar la idea de que el poder funciona principalmente como instancia de prohibición, ya que Foucault afirmará que los efectos del poder siempre son del orden de la producción y la circulación. Es decir, las prohibiciones en un marco de relaciones de poder tienen el propósito certero de producir una subjetividad determinada que permita alcanzar los fines que el poder se plantea.

En este punto, es importante que podamos identificar la relación entre poder y saber en la cual se aborde el trabajo. Se define al saber como una manera histórica de ordenar al mundo, de conceptualizar y nombrar, por lo que no hay formas de saber independientes de las relaciones de poder.

Comprendemos que las relaciones de saber-poder funcionan fundamentalmente como mecanismos de transformación que el poder pone en marcha para romper con ciertas formas de saber que ya no son útiles para sus fines. Es decir, aseveramos que dichas relaciones no son estáticas e inmutables, sino que se encuentran en consonancia a un momento y contexto determinado.

Se analiza, entonces, al saber médico desde esta perspectiva, ya que comprendemos que no se trata de un saber universal y ahistórico, sino que se sostiene como hegemónico a partir de luchas de sentidos en donde se dispuso en constante tensión con otros saberes y otras prácticas que eran legítimas en otros contextos. Es decir, es importante que se vislumbre que hubo y hay otros saberes con distintas conceptualizaciones de mundo y diferentes ejercicios de poder que eran avalados y sostenidos como legítimos en un período concreto; pero es el saber médico el que ordena y nombra al mundo occidental actual. Se afirma, sin embargo, que no se trata de un saber inmutable y único, sino por lo contrario, se encuentra en permanente disputa.

En este punto, resulta necesario establecer de qué manera atraviesan a lxs sujetxs dichas relaciones de poder-saber. Foucault afirma sobre el poder-saber que se “articulan en el discurso. Y por esa misma razón, es preciso concebir el discurso como una serie de segmentos discontinuos cuya función táctica no es uniforme ni estable. Más precisamente, no hay que imaginar un universo dividido entre el discurso aceptado y el discurso excluido o entre el discurso dominante y el dominado, sino como una multiplicidad de elementos discursivos que pueden actuar en estrategias diferentes”. (Foucault, 1984)

Es prioridad comprender esta premisa con la finalidad de cuestionar y problematizar dichos discursos del saber médico que no solo producen prácticas y violencias excluyentes, sino que también produce, reproduce y circula una noción en torno a las mujeres, los cuerpos gestantes y a sus roles sociales desde una mirada sumamente patriarcal, que ataca con las libertades y derechos de las mismas. En este sentido, buscaremos en este trabajo la reflexión sobre los discursos ya mencionados con el objetivo de indagar en torno a las prácticas violentas naturalizadas y analizar las representaciones sociales mediadas por el ejercicio del poder.

3. Herramientas de abordaje para la investigación

Este trabajo de investigación se propone describir y analizar las construcciones de sentido sobre el rol de la mujer durante el parto y teniendo como puntapié la promulgación de la Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en las que se desarrollen sus relaciones interpersonales y la Ley 25.929 de Parto Humanizado. Para esto, se consideraron tanto instituciones públicas como privadas, ya que las leyes son reguladas en ambos espacios.

De esta forma, se decidió realizar un análisis de modalidad cualitativa, ya que se busca profundizar sobre el entramado discursivo de lxs profesionales de salud que se expresan en diversas entrevistas. En este sentido, Jensen y Jankowski sostienen que:

“Mientras el medio de análisis de las perspectivas cuantitativas son el número y sus (numéricas) correlaciones, el medio de análisis cualitativo es el lenguaje humano cuando este expresa los conceptos de la experiencia cotidiana en la medida que aquellos tienen que ver algo con un contexto específico”. (Jensen y Jankowski, 1993)

Con el objetivo de profundizar sobre el discurso médico devenido en hegemónico se decidió realizar una serie de entrevistas en profundidad a profesionales de salud y a mujeres que hayan transitado al menos un parto, comprendiendo a la entrevista en profundidad aplicable “cuando se busca reconstruir acciones pasadas; estudiar representaciones sociales personalizadas; analizar las relaciones entre contenido psicológico y la conducta social, o explorar campos semánticos, discursos arquetípicos de grupos y colectivos”. (Alonso, 1998)

Resulta importante aclarar que esta investigación propone una perspectiva de género para abordar la temática, en donde se reconozca que no solo las mujeres son quienes pueden parir,

sino que se comprende que hay una serie de identidades sexuales que no se identifican con el término “mujer” pero que presentan las capacidades para gestar y parir. Se habla de mujeres y personas gestantes con el fin de visibilizar que las leyes sean aplicadas en todas las personas, sin importar cómo se autoperciban, recalcando la importancia de que todxs puedan acceder a sus derechos.

Sin embargo, se entrevistaron solo a personas que se reconocen como mujeres debido a la facilidad de encontrar entrevistadas dispuestas a hablar de sus partos. En el proceso de investigación no se pudieron encontrar personas gestantes que no se sientan identificadxs con el término mujer que puedan ofrecer entrevistas sobre partos. Resulta primordial aclarar que no se debió a una decisión política, ya que este trabajo está atravesado por las luchas que los feminismos y el colectivo LGTBQI ha atravesado.

La selección de lxs entrevistadxs fue uno de los procesos más difíciles de la investigación debido a la dificultad de conseguir profesionales que quieran dar entrevistas sobre la temática. Al final, se pudieron realizar las entrevistas a lxs profesionales debido a la cercanía que se mantuvo con lxs mismos debido a contactos familiares y de amistades. Es un punto a destacar que ciertxs médicxs y obstetras no estén dispuestxs a ofrecer entrevistas sobre el tema ya que son profesionales que rutinariamente asisten a partos, por lo que su negación a relatar esas prácticas deviene en una cuestión a analizar.

A su vez, las mujeres entrevistadas fueron seleccionadas en base a la confianza que se podía generar dentro de las entrevistas. Se priorizó que puedan ser mujeres conocidas en otros ámbitos con el propósito de que lo relatado pueda darse en un marco de comodidad ya que se comprende que la temática implica necesariamente narrar situaciones personales.

Es importante aclarar que tanto a las mujeres como a lxs profesionales entrevistadxs se les modificó el nombre dentro de la investigación a pedido de lxs mismxs.

Dicho esto, se estipularon inicialmente para lxs profesionales una serie de preguntas divididas según la temática. De esta forma, se clasificó el cuestionario bajo los siguientes núcleos:

- Formación y espacios de trabajo
- Proceso de parto y violencias
- Leyes promulgadas: opiniones y críticas
- Feminismos y movimientos de mujeres

Sin embargo, se puede afirmar que las entrevistas se convirtieron en espacios informales donde se priorizó el diálogo y el reconocimiento del entramado discursivo de lxs entrevistadxs, en donde las respuestas brindadas permitían la posibilidad de nuevos interrogantes. De esta forma, se realizaron entrevistas que se alejaron de un cuestionario formal o encuesta despersonalizada y se buscaron generar momentos de comodidad por parte de lxs participantes con el fin de obtener relatos que expongan sus modos de ver y pensar.

Asimismo, los diálogos establecidos con las mujeres se construyeron de un modo similar ya que la mayoría de las entrevistadas conocían superficialmente la temática que engloba el trabajo. En este sentido, no se buscó seguir un interrogatorio estricto sino que las conversaciones se profundizaron según las intervenciones desarrolladas de cada una. Se eligieron a las mujeres que hayan pasado por, al menos, un parto, ya sea en espacios públicos o privados y, si bien se intentó construir una entrevista descontracturada, los diálogos atravesaron las siguientes temáticas principales:

- Partos: espacios y experiencias

- Reconocimiento de nociones y violencias
- Leyes: conocimiento y opiniones
- Feminismos y movimientos de mujeres

Con el fin de analizar y profundizar en torno a las construcciones de sentidos y al rol de la mujer y persona gestante durante el parto, indagando sobre las implicancias de las leyes promulgadas sobre la temática, se efectuaron las herramientas detalladas:

- Revisión bibliográfica en torno al tema con el objetivo de profundizar su abordaje.
- Selección de profesionales de salud que hayan ejercido en instituciones privadas y públicas.
- Selección de mujeres que hayan pasado por al menos un proceso de parto en hospitales y clínicas públicas y/o privadas.
- Elaboración de las preguntas a lxs profesionales que busquen identificar entramados discursivos sobre el rol de la mujer y persona gestante durante el parto, conceptualizaciones en torno a la violencia obstétrica y valoraciones sobre las leyes promulgadas.
- Elección de temas principales para abordar las entrevistas a mujeres que indaguen en torno a sus experiencias durante el parto y reconocimiento de conocimiento sobre las leyes promulgadas.
- Producción de entrevistas en profundidad a profesionales de salud y mujeres con el fin de exponer construcciones de sentido sobre los partos.
- Sistematización de la información con el objetivo de abordar un análisis cualitativo.

- Análisis del discurso médico hegemónico sobre el rol de la mujer y persona gestante al momento de parir, visualizando las conceptualizaciones sobre la violencia obstétrica y las leyes que se promulgaron en nuestro país.

4. TODO PARTO ES POLÍTICO: construcciones de sentido al momento de parir

El presente trabajo se centra en la problematización de los sentidos construidos sobre el rol que ocupa la mujer y persona gestante durante el parto, pretendiendo observar las concepciones y miradas de mundo que se expresan en prácticas violentas. A su vez, como se señaló en otros apartados, se intenta vislumbrar los posibles cambios dentro de las mismas a partir de la promulgación de la ley de parto respetado y la ley contra la violencia hacia las mujeres.

A tal fin, se decidió realizar una serie de entrevistas a diferentes médicas y obstetras que rutinariamente forman parte del equipo de salud en partos tanto en hospitales públicos como privados con el objetivo de analizar el entramado discursivo sobre dichas prácticas y sobre el lugar de la mujer en las mismas. Se seleccionaron a profesionales que hayan trabajado en los dos ámbitos ya que las leyes abarcan ambos sectores.

Asimismo, se construyeron diálogos con mujeres que hayan pasado por un parto con el fin claro de reflexionar a partir de sus experiencias, poniendo énfasis en sus miradas con respecto a su rol y el rol del equipo de salud durante el parto y de indagar sobre las concepciones en torno a la violencia obstétrica. Resulta importante poder encarar el trabajo desde la mirada de lxs protagonistas con el motivo de analizar y articular los discursos puestos en juego con respecto a la temática.

4.1 Violencia obstétrica: naturalizaciones y negaciones por parte de lxs profesionales de salud

Las entrevistas realizadas a profesionales de la salud se trataron de espacios que buscaron ser informales con el objetivo de construir un diálogo en profundidad. En cada una de ellas, como disparador inicial se preguntó acerca de qué comprenden por violencia obstétrica con el fin de reconocer las perspectivas desde donde abordan sus prácticas. Lxs entrevistadxs están ordenadxs según la cronología de las entrevistas realizadas.

Laura es la primer entrevistada y se recibió de la carrera de Licenciatura en Obstetricia en la Universidad Nacional de La Plata y trabajó siempre en salas de atención primaria de la salud y hospitales públicos. Actualmente, trabaja algunos días en el Instituto Médico Platense, clínica de índole privada, y otros en la guardia de un hospital público en el conurbano bonaerense.

Manifiesta tener conocimiento sobre la temática que no fue otorgada desde la formación académica sino desde las propias experiencias en los distintos espacios que ejerce su profesión.

Es relevante destacar que todxs lxs profesionales concuerdan en que la concepción de salud no se centra en un estado físico sino que, por lo contrario, la comprenden abarcativamente como un estado de bienestar pleno en todos los aspectos. Es decir, corresponden a una perspectiva en donde la salud no se trata de ausencia de enfermedad sino de un estado amplio en el plano emocional, medioambiental, físico y biológico, en concordancia con los parámetros estipulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En tal sentido, Laura comprende a la violencia obstétrica desde esta mirada, focalizando en prácticas que violentan no solo en el cuerpo físico sino también en lo emocional, lo psicológico y lo simbólico.

“No respetar la intimidad de la paciente es también violencia. Decirles algo hiriente, no llamarlas por sus nombres y ponerles apodos. Entrar sin aviso y sin siquiera saludar a una sala donde hay una mujer pariendo. No permitir que elijan con qué profesional quieren atenderse. Son formas de violencia obstétrica”. (Laura)

En este caso se puede observar que la obstetra comprende una concepción sobre la violencia obstétrica en la que no se reduce en las prácticas solamente físicas sino que abarca las acciones que perturben lo emocional de una mujer y persona gestante durante el pre, el parto y el pos. Sin embargo, la segunda entrevistada Marieta expresa claras diferencias con respecto a Laura. Marieta ejerce como obstetra desde hace más de veinte años y trabajó en diversos ambientes ya sea hospitales grandes públicos como clínicas privadas. No niega ciertas prácticas que producen violencias pero afirma que no todo lo que se dice sobre violencia obstétrica lo es.

“Violencia es actuar sobre la paciente sin su consentimiento. Pero hay que tener cuidado con los extremos, y saber delimitar lo que es violencia y lo que no. La violencia obstétrica depende de cómo te la tomes. Por ahí una paciente se descontroló y le decís una palabra fuerte pero eso no es violencia”. (Marieta)

En este caso se puede observar que la profesional mantiene una mirada sobre las prácticas realizadas de una forma rutinaria en la que se habitúan las violencias ejercidas en las mismas. Se comprende que esta mirada reproduce un orden patriarcal desigual en donde las violencias no solo son ignoradas sino más bien naturalizadas bajo esta lógica.

Dicho de otro modo, la profesional no percibe el carácter violento de ciertas intervenciones suyas durante los procesos de parto. Se puede identificar que corresponde a una falta de formación e información sobre la temática como también a una forma de mirar el mundo desde

el saber médico donde la palabra y acciones del equipo de salud preponderan sobre las decisiones de las mujeres y personas en el momento de parir.

Se puede encontrar esta perspectiva dentro de la entrevista al médico obstetra Sergio. Sergio se recibió en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y siempre ha trabajado en clínicas privadas, exceptuando su residencia realizada en el Hospital Policlínico de la ciudad de La Plata. Con respecto a la violencia obstétrica no parece comprenderla desde una perspectiva de género sino como un simple problema de comunicación y diferencias de perspectivas entre actores intervinientes dentro del parto.

“Es un término discutible qué es violencia y qué no. Lo que puede ser violento para una puede no ser violento para otra. Tiene que ver con modos, con problemas de comunicación entre las personas. Se trata de violentar los principios de cada mujer y de cada paciente. Si yo, por ejemplo, obligo a una mujer a determinado acto dentro del nacimiento de su hijx a lo cual ella se había manifestado como contraria”. (Sergio)

A su vez, opina que hay una exageración con respecto a la temática en donde se clasifica como violencia obstétrica a acciones que no lo son según su criterio. Sergio afirma que las condiciones en la que las mujeres y personas gestantes eligen transitar su parto dentro de una institución es medicalizada. Es decir, afirma que los partos dentro de un hospital o clínica se presentan bajo estas condiciones y depende de la paciente aceptarlas o no. Sin embargo, critica a aquellas quienes durante su embarazo son controladas por médicxs y posteriormente deciden no acatar alguna de las acciones por parte del equipo de salud.

“Lo que hacemos nosotrxs es un parto institucionalizado, con médicxs y profesionales. Y se sale de lo natural. Si la mujer quiere un parto completamente natural, lo correcto es que pase su

embarazo de la misma forma: sin hierro, sin vacunas, sin vitaminas, sin calcio. Hacer todo eso y los controles y las ecografías y después querer un parto natural, es como mínimo cuestionable. En el momento que te haces una ecografía ya es un embarazo institucionalizado. Las mujeres deberían tener claro si quieren un parto institucionalizado o no, y que se hagan cargo de esa decisión”. (Sergio)

Dentro de estas expresiones se pueden observar conceptualizaciones que corresponden a una mirada de mundo desde el discurso médico hegemónico. Es decir, el profesional se postula desde un discurso que simula ser natural y universal pero que no solo esconde disputas por el sentido sino que además genera violencias excluyentes para un sector determinado e históricamente subordinado de la sociedad.

Este discurso médico será el que funciona como ordenador del mundo occidental al ser encargado de delimitar lo legítimo y lo que no. Dicho de otro modo, se constituye como el saber dominante, relegando otros saberes, prácticas y nociones a la subalternidad. En este sentido, lo afirmado por Sergio concuerda con la relación saber-poder expresada por Foucault en donde el autor asume que el saber médico construye subjetividades y disciplinamiento sobre la sociedad.

“Un saber como la medicina será considerablemente importante por el nexo que establece entre las influencias científicas sobre los procesos biológicos y orgánicos (vale decir, sobre la población y el cuerpo) y, al mismo tiempo, en la medida en que la medicina va a ser una técnica política de intervención, con efectos de poder propios. La medicina es un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores”. (Foucault, 1976)

La última entrevistada es Rosalía, quien se graduó en la UNLP y casi toda su carrera trabajó en hospitales públicos. Además, participó en varios espacios militantes y se considera feminista. Afirma que su posicionamiento sobre la temática lo forjó a partir de su propia búsqueda en capacitaciones ya que la formación dentro de la facultad sobre la violencia obstétrica fue nula.

Rosalía será quien marque una seria diferencia con los testimonios anteriores al comprender a la violencia obstétrica como violencia estructural de género y al percibir el entramado discursivo que permite la ejecución de prácticas violentas hacia las mujeres durante el parto. A su vez, visibiliza que una de las prácticas realizadas dentro de este abordaje se relaciona con la dificultad de acceso a la información en cuestión de derechos de las mujeres y obligaciones por parte de lxs profesionales.

“Es toda violencia que reciben las mujeres, y las familias también, que están en proceso de embarazo y de parto y el puerperio. Tiene que ver con los abusos de poder, por parte del equipo de salud pero también con la falta de información. La mayoría de las veces la violencia es por omisión. No se le da a la mujer todas las herramientas para que pueda atravesar su proceso de una manera saludable y en base a sus derechos. El médico sabe que los tiene y no las respeta al momento de darle la información necesaria para que la mujer tome la decisión que ella le parezca mejor”. (Rosalía)

En esta entrevista identificamos una mayor profundización en cuanto a qué se refiere cuando se habla de violencia obstétrica. Se reconoce la importancia del acceso a la información que tienen las mujeres y personas gestantes en torno a sus derechos en el proceso de parto. Rosalía, asimismo, aporta otros aspectos que aborda la violencia obstétrica que tienen que ver con los abusos de poder y la omisión de esos derechos por parte del equipo de salud. Se comprende que

la entrevistada a través de su recorrido político en espacios militantes puede concebir una visión ampliada de la temática en todos sus sentidos.

Sobre estas entrevistas se pueden identificar ciertas problemáticas. En principal, la falta de formación con respecto al tema en la mayoría de lxs entrevistadxs. Quienes pueden realizar una profundización sobre el tema buscaron sus propios medios de acceder a la información y corresponden con una mirada del mundo en donde al menos se cuestiona al saber médico como universal.

4.2 Violencia obstétrica: nociones y valoraciones de las protagonistas

Se realizaron entrevistas a mujeres que hayan parido y que hayan podido reconocer violencias durante sus partos por parte del equipo de salud. Es importante destacar que solo una estaba informada con respecto al término violencia obstétrica como tal por lo que las demás afirmaban no haber sido violentadas. Sin embargo, a través del diálogo se pudo identificar que todas habían atravesado situaciones en donde su decisión había quedado relegada, en donde se sintieron incómodas y en donde no les habían otorgado la información suficiente, pero que no fueron conscientes durante el proceso. Las entrevistadas están presentadas en el trabajo en relación a la cronología de las entrevistas.

La primera entrevistada es Ileana, tiene dos hijas y ambas nacieron en un hospital público de La Plata. Al principio aseveró que había pasado por una excelente experiencia durante sus partos y que no tenía quejas de la actuación de lxs profesionales que la asistieron. No reconocía el término violencia obstétrica pero sabía de conocidas que no habían pasado un buen momento. A

pesar de eso, al momento de describir su parto se pudieron reconocer ciertas situaciones que la contradicen.

“Me imagino que para algunas es violento pero para mí fue normal. Imaginate que no entendés nada. Nadie te explica qué está pasando y vos estás ahí con un dolor terrible sin saber si todo está bien. Estás regalada a lxs médicos, que se hablan entre sí, se ríen y a vos no te dan ni bola. Lo único que pensás es que tu bebé esté bien, entonces dejás que te hagan cosas que por ahí en otro momento no lo permitís. Como que te griten o te llamen de forma despectiva. Pero a vos no te importa en ese momento”. (Ileana)

Se puede identificar que la entrevistada realizó un proceso de naturalización de prácticas que fueron violentas en pos de priorizar el bienestar de su hijx. Es decir, no solo admite no conocer el concepto de violencia obstétrica sino que no cuestiona situaciones transitadas durante su parto. Se puede percibir que internaliza de cierta forma el discurso hegemónico en donde el saber dominante y legítimo es el de la medicina, relegando hasta sus propias decisiones y comodidades con el objetivo de que lx bebx nazca en las mejores condiciones, lo que para ella significa dentro de un hospital con profesionales a cargo.

Dentro de esta mirada se pueden identificar los dispositivos de poder explicados por Foucault. El autor asume que el poder no se trata de una acción en concreta o un proceso de cohesión sino que el disciplinamiento se construye a partir de conceptualizaciones que delimitan lo verdadero y lo falso. De esta forma, el saber médico se constituye como único, universal y autorizado frente a otros saberes y funciona como ordenador de los cuerpos y las vidas de lxs sujetxs.

La segunda entrevistada es Betina y tuvo a sus dos hijxs en la misma clínica privada donde su médico obstetra atiende. Tampoco reconoce el término de Violencia obstétrica pero manifiesta

que ella no tuvo una buena experiencia durante el parto de su segundo hijo ya que quiso tener un parto natural y el médico le terminó realizando una cesárea.

“Como cuando nació mi primer hijo también había sido cesárea le dejé bien en claro a mi médico que quería parto natural. Él es mi médico hace años, me acompañó durante todo el embarazo pero cuando me dijo que me iban a hacer una cesárea yo dudé. Había roto bolsa y parecía estar todo normal entonces no entendía por qué. Terminé haciéndome una cesárea porque él es el médico y sabía qué era lo mejor pero fue una situación en la que no me sentí tan cómoda”. (Betina)

En este testimonio se expresa nuevamente la voz de la medicina como la única autorizada al momento del parto, en donde se prepondera por sobre la de la mujer y persona gestante por parir. Se manifiesta el poco acceso a la información que presentan las mujeres y personas gestantes durante estos momentos, presentando la desinformación y la falta de decisión como naturalizada frente a la legitimación del saber médico.

Estos dichos corresponden a lo expresado por la tercera entrevistada, Cristina, quién es la única en articular sus experiencias propias con el concepto de violencia obstétrica. Cristina tuvo tres partos, dos en hospitales públicos y el último en un hospital privado. En las dos primeras afirma haber pasado por momentos difíciles y situaciones incómodas, en donde se puede observar prácticas claramente violentas hacia ella.

“En el primero me dejaron sola, gritando y llorando en un pasillo, sin saber qué había pasado con mi hijx. Yo era primeriza y tenía mucho miedo. Cuando me vinieron a buscar el médico se rió y le dijo a mi marido que estaba nerviosa por ser madre. No puedo explicar lo horrible que fue. Y en el segundo directamente no me explicaron nada de lo que estaba pasando,

pregunté y me gritaron que me calle. Me hicieron sentir como si yo no tenía ninguna voz ni voto sobre lo que estaba pasando. Eso es violencia y es violencia obstétrica”. (Cristina)

Cristina es la única de nuestras entrevistadas que conoce el término violencia obstétrica y puede identificar que lo que ella sufrió fue violento. Es decir, no solo comprende el carácter abusivo de la situación sino que puede reconocerla dentro del término, explicando que deviene de un discurso médico dominante en donde sus decisiones son ignoradas por sobre un saber que se impone.

Asimismo, asume que las situaciones que ella atravesó al momento del parto fueron violencia obstétrica por más que no sufrió violencia física, ya que afirma que la falta de información también entra dentro de esta definición. Lo expresado en esta entrevista se corresponde a lo que afirma Foucault sobre las relaciones de poder.

“Las relaciones de poder no están en posición de exterioridad, respecto de otros tipos de relaciones, (procesos económicos, relaciones de conocimiento, relaciones sexuales), sino que son inmanentes; constituyen los efectos inmediatos de las particiones, desigualdades y desequilibrios que se producen, y, recíprocamente, son las condiciones internas de tales diferenciaciones; las relaciones de poder no se hallan en posición de superestructura, con un simple papel de prohibición o reconducción, desempeñan, allí donde actúan un papel directamente productor”.

(Foucault, 1984)

En este sentido, se puede aseverar que se observa una clara relación desigual de poder entre el equipo de salud y las mujeres y personas gestantes, en donde la voz, la decisión y el saber de las últimas se encuentran completamente ignorados frente a un discurso que se posiciona como el único autorizado. A su vez, es importante destacar el sentido productor que contienen estas

relaciones de poder, en donde no se cierran dentro de una práctica determinada sino que construyen subjetividades y configuran conceptualizaciones.

La última entrevistada es Gabriela, quien tuvo a su hijx a los 19 años en un Hospital Público de urgencia. Si bien tampoco conocía la definición de violencia obstétrica asume que durante su parto ha vivido situaciones en las cuales se sintió incómoda y sin poder expresarlo.

“Yo era muy chica y todo lo que me decían lxs médicxs yo decía que sí. Me dijeron barbaridades: que me la aguante, que me tenía que doler, que yo me lo había buscado, que no gritara tanto. Tengo un muy mal recuerdo del parto pero además porque no pude decir nada. Y yo soy una persona con mal carácter, pero ahí me quedé callada”. (Gabriela)

En esta entrevista se observa claramente las relaciones desiguales de poder en donde el saber médico es el legítimo para actuar por sobre el cuerpo y las decisiones de las mujeres y personas gestantes. Asimismo, se observa que se asume el rol sumiso por parte de la mujer y persona gestante durante este momento al estar atravesada por el mismo discurso médico que se constituye como hegemónico. Es decir, se relaciona a lo expresado por Foucault cuando afirma que el disciplinamiento se construye a partir de las conceptualizaciones pensadas como universales.

Es preciso destacar cómo el saber médico establece no solo la concepción de mundo moderna, sino que delimita entre la vida y la muerte, lo sano y lo enfermo, lo que es verdad y lo que no. Es decir, el saber médico no se basa únicamente en prácticas dentro de instituciones de salud, sino que tiene como propósito la instalación de un orden social determinado y determinante que establece lecturas de mundo.

A partir de estas entrevistas se pueden encontrar varias cuestiones para recalcar. La primera es que la mayoría de las mujeres no tienen conocimiento con respecto al término violencia obstétrica pero todas han pasado por situaciones en donde han sufrido violencia. Sin embargo, se observa que no solo no se reconocen estas prácticas dentro del término sino que por lo contrario son naturalizadas y hasta justificadas.

En este sentido, se pueden observar una cadena de equivalencias por parte de las entrevistadas en donde relacionan primero a la violencia obstétrica desde lo físico, invisibilizando sus propias vivencias. A su vez, se puede afirmar que hay una cierta resistencia para reconocer prácticas violentas dentro de las experiencias que han sido relatadas. Es importante destacar de qué manera el saber médico opera en los relatos y construcciones de las entrevistadas de tal manera que se desconoce el carácter violento de situaciones naturalizadas.

Asimismo, en las entrevistas se puede observar la justificación de prácticas que reconocen como violentas pero que la comprenden dentro de una rutina médica. Es decir, verbalizan las experiencias violentas como tal pero la mayoría asume un rol pasivo frente al saber médico. Se puede definir que es un claro ejemplo de que el poder no es estático sino que circula entre lxs sujetxs, estableciendo los discursos aún en sectores sociales que son oprimidxs y violentaxs por los mismos. Se puede identificar, entonces, una internalización de los discursos mencionados.

4.3 Discurso médico hegemónico: cómo se construye y cómo ejerce su poder

En este punto, resultó crucial indagar en torno a las participaciones de lxs profesionales de salud y las mujeres durante el proceso de parto. De esta manera, se buscó visualizar los rasgos

estructurales que caracterizan al discurso médico hegemónico como tal y que responden claramente a un ejercicio de poder.

Como puntapié inicial, resulta importante que se comprenda que, durante el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días, las mujeres y cuerpos feminizados han sido pensados como objetos y personas a quienes se debe tutelar, y no como sujetas activas y productores. De esta manera, el poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quiénes son las mujeres y personas gestantes y cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas. El modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, se sustenta en una ideología que impregna de significados opresores en los distintos momentos, y el parto es uno de ellos.

Sobre esto, Bellón Sánchez expone que:

“Mientras la medicina trata de establecer su práctica bajo el influjo de la teoría científica, pretendidamente neutral y basada en la evidencia, está altamente condicionada por aspectos sociales como el género, la posición económica y los valores e ideologías de sus profesionales”. (Bellón Sánchez, 2015)

De esta forma, se abordará el análisis del discurso médico hegemónico a partir de lo planteado por Menéndez. El autor describe al Modelo Médico Hegemónico, reconociendo varios rasgos que lo estructuran como tal. Algunos de ellos serán el rasgo biológico, ahistórico y asocial que se asumirán como los principales. Asimismo, se decide agregar el rasgo patriarcal que no es explicitado por el autor pero que se considera igual de importante, ya que construye de igual forma subjetividades.

Esta caracterización permite no solo visualizar los sentidos hegemónicos que lo atraviesan sino recalcar la posibilidad de disputarlos. Es decir, la identificación de sus rasgos estructurales

habilita a visibilizar su condición transformable y la posibilidad de configurar nuevas significaciones. A su vez, es importante recalcar que el poder opera de forma circular, por lo que lxs sujetxs oprimidxs también forman parte de la circulación y legitimación del mismo.

4.3.1 Lo ahistórico: el saber médico por fuera de la historia y sus procesos

La primera cualidad que se observa en cada uno de los testimonios es la concepción de la medicina como un saber legítimo por sobre otros de forma natural. Es decir, no se cuestiona la historicidad del mismo sino que se lo comprende como único posible. De esta forma Menéndez afirma que:

“Para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico”. (Menéndez, 1998)

Esto permite ocultar las luchas históricas que se consolidan dentro del discurso y reforzar los mecanismos de dominación sociales. Esta ahistoricidad será un rasgo estructural del discurso médico hegemónico que le permite un ejercicio consolidado de poder. En este sentido, ubicar al saber médico por fuera de los procesos históricos y al presumirse como verdadero, oculta intencionalmente las disputas de sentido que se ponen en juego. La naturalización de la medicalización dentro de los procesos fisiológicos refleja claramente este rasgo.

Se puede observar que esta cualidad se refleja de forma transversal a lo largo de todas las entrevistas pautadas. Marieta y Laura coinciden en que la mujer será la base de parto pero que sus intervenciones serán de la misma manera necesarias para tener un resultado óptimo.

Laura afirma que:

“La mujer es primordial en el proceso pero pasa que en esos momentos necesita de nosotros. El rol de la obstetra en el trabajo de parto, es uno de los más importantes, porque es la que controla el trabajo de parto, controla la salud del bebé y de la paciente, que vaya evolucionando, que salga todo bien. Es controlar y vigilar, que el trabajo de parto esté dentro de lo normal”. (Laura)

En esta entrevista se pueden observar cómo se percibe a la intervención médica durante el parto no solo como necesario sino como principal y protagonista dentro de la situación. Es importante pensar que estas intervenciones médicas al momento de parir son inherentes a los procesos de medicalización. Es decir, entendidas desde la legitimación y potenciación del saber médico como hegemónico, y a procesos de exclusión y desconocimiento de otros saberes como el conocimiento experiencia femenino o el que aporten las mujeres y personas gestantes sobre el estado de su cuerpo. Esto se puede observar en el testimonio de Betina:

“No sentí que se respetó mi decisión. Me sentía preparada para encarar un parto natural. Sentía que mi cuerpo lo quería así y no terminó sucediendo. Tal vez fue mejor, no lo sé. Pero la verdad que en una cesárea una nunca se siente protagonista porque vos no tomás ninguna decisión. Es una cirugía. Te cortan, te cierran y te avisan cuando está el bebé. Y listo”. (Betina)

En este sentido, es fundamental que se pueda comprender que el proceso de medicalización general de la sociedad encuentra expresiones particulares en los modos en que se realiza el parto. Esto es, la consolidación de discursos médicos que a través de su poder legitimado socialmente, construye interpretaciones sobre los cuerpos femeninos y la reproducción social humana que pretenden ser únicas. Asimismo, este saber cuenta con un criterio en donde se valida lo

expresado por el saber médico, transformando los procesos de parto en focos de un control que busca normalizar.

Esto se relaciona con lo manifestado por Sergio en la entrevista:

“Esta es la vía de nacimiento que es la correcta y así lo ha sido siempre, dentro de una institución y de esta manera: con la mujer con suero, con posición ginecológica, en una camilla, con una luz especial, con tactos a cada rato. Uno tiene que entender que esa es la forma más segura de nacer, si no se realiza de esta manera se deberá aceptar las consecuencias”. (Sergio)

Es necesario recalcar el carácter ahistórico que presenta dicha medicalización dentro de las entrevistas. Se puede identificar que el saber médico se consolida como hegemónico dentro de la modernidad y no antes. Es decir, es a partir de la modernidad como una etapa social, política y económica es que se configura como el saber legitimado dejando a otros como subalternos. Foucault será un autor que comprenda este carácter estructural dentro del saber médico que configura, a su vez, un ejercicio de poder.

El autor sostiene que en cada tiempo histórico específico se requieren ciertos saberes que comprenden ciertos objetivos, pero que a lo largo de la historia evolucionan y se adaptan a las exigencias de cada período. Es por esta razón que se afirma la imposibilidad de hablar de un poder universal o de un saber absoluto que domine y designe a lxs sujetxs desde siempre, sino que es imprescindible comprender las relaciones de saber-poder a partir de las prácticas y técnicas legitimadas según momentos históricos determinados.

Dicho esto, es necesario volver a recalcar al saber médico como un saber legítimo dentro de una sociedad determinada que deviene en hegemónico pero que no es el único posible, sino que deja por fuera saberes y experiencias en subalternidad, y que se postula como eterno cuando

corresponde a un determinado momento histórico. Esta afirmación permite no solo exponer el proceso de naturalización del discurso médico sino también constatar la posibilidad de resistencia.

4.3.2 Lo biológico: construcción y consolidación de poder

Otro rasgo que asume igual importancia es la biologización de los procesos por parte del saber médico. Menéndez explica que se divide a la población a partir de variables meramente biológicas en donde se produce una objetivización de los cuerpos.

En este sentido, se comprende a la biologización dentro del saber médico como una mirada que funciona como normalizador del mundo y que ejerce poder por sobre otros saberes. Se puede identificar que la entrevista de Sergio refleja el carácter regularizador que presenta el discurso médico, focalizándose en la condición biológica del proceso:

“La mujer tiene un rol activo porque en definitiva el parto es una persona que sale de otra persona. Es la salida de un cuerpo humano desde otro cuerpo humano” (Sergio).

El profesional de esta manera asume una conceptualización del parto desde lo meramente biológico, ignorando los aspectos sociales que se construyen a partir del mismo. Asimismo, se puede afirmar que estos discursos impregnan sentidos patriarcales por sobre la vida y los cuerpos de las mujeres y personas gestantes al otorgarles el rol de pasividad. Es decir, el rol de la mujer desde el saber médico será el de mero participante en el proceso, lo que implica la desautorización del saber propio de la mujer y persona gestante sobre sus tiempos, su cuerpo y sus decisiones.

Esta característica se puede observar claramente en la entrevista de Cristina:

“Me sentí completamente relegada. Como si yo no existiera, como si fuera solo un cuerpo, un objeto. El objetivo de lxs médicxs era sacarme al bebx y yo no importaba. No me sentí cómoda en ningún momento. Y era mi parto”. (Cristina)

Se puede observar cómo la entrevistada responde a lo expresado por el profesional en donde la mujer es objetivizada y el saber médico actúa en base a sus conveniencias. Se puede afirmar que este rasgo estructural corresponde a un ejercicio de poder en donde el discurso médico comprende a la mujer y persona gestante por fuera de su lugar de protagonista al mismo tiempo que se legitima como único autorizado.

A su vez, Menéndez va a especificar el modelo médico realiza una clasificación de las personas en base a lo biológico. Es decir, en base a condicionantes relacionado estrictamente con las cualidades biologizantes. De esta manera, se divide a las personas en base a la edad y al sexo, llevando a cabo acciones específicas para cada clasificación. Esto se relaciona con lo expresado por Laura:

“Hemos tenido mamás muy jovencitas, de 14 años. Esas mamás son las que más entregan porque, hacen consultas chiquititas, confían plenamente, prácticamente no preguntan nada. Las mamás más grandes, más de 40 años, que se inseminaron o que vienen de perder varios embarazos, también son las más entregadas. Por ahí preguntan pero no con la intención de pelearse algún diagnóstico o algún tratamiento, pero se entregan con mucha más facilidad. En el medio, está el grupito este por decir que, es el más luchador, que es el que más te pregunta, el que más trae esta cuestión del plan de parto respetado”. (Laura)

Esta situación en donde se establecen las acciones durante el parto en base a determinaciones biológicas se puede observar claramente en el testimonio de Gabriela, donde relata su experiencia cuando tenía 19 años:

“Era re chica y eso lo notaban. No me preguntaron qué quería ni me dijeron qué me pasaba. Todo el tiempo me decían que me la tenía que bancar porque por algo había quedado embarazada. Y cuando me quejaba, del dolor o lo que sea, me hacían callar como a una nena. También me ponían nombres como “nenita”, “chiquita” y hasta una médica me dijo “pendeja” porque estaba gritando mucho”. (Gabriela)

La entrevistada no solo narra situaciones notablemente violentas durante su parto, sino que las relaciona directamente con la edad que ella tenía. Este relato refleja la concepción biologicista del discurso médico y su materialidad en prácticas concretas. Se puede constatar este rasgo de la misma manera en lo expresado por Betina:

“Me dijeron que me hacían cesárea porque yo ya era muy vieja para un parto natural. Me pareció raro porque conozco amigas que han parido hasta teniendo más de 40 y no pasó nada. Además yo sentía que mi cuerpo estaba preparado para parir. Había roto bolsa, tenía contracciones normales y la dilatación necesaria, pero no me dejaron”. (Betina)

Lo dicho por Betina permite visibilizar de qué manera lxs profesionales de salud construyen clasificaciones que resultan determinantes al momento de ejercer el poder. De esta forma se visualiza cómo este rasgo profundiza un ejercicio de poder por sobre los cuerpos de las mujeres y personas gestantes, al construir sentidos hegemónicos en torno a lxs sujetos basados en cuestiones biológicas. Asimismo, se puede identificar que estas construcciones son terminantes al momento de definir ciertas prácticas y acciones por parte de lxs profesionales de salud. Se

puede afirmar que esta cualidad del discurso médico configura no solo modalidades sino subjetividades.

4.3.3 Lo asocial: lo neutral por encima de lo político

Otro rasgo que explicita Menéndez será el de la asociabilidad. Es decir, la comprensión de que la medicina es más bien un saber técnico y un simple conjunto de prácticas sin visualizar el carácter político y normalizador que presenta en la sociedad. Sobre esto dirá que:

“El conjunto de la práctica médica puede tal vez asumir en un nivel, que el acto médico constituye no solo un acto técnico sino también un acto social e ideológico; pero no lo reconoce en su propia práctica. (...) Lo social reitero, constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. La propia formación médica, así como la investigación médica aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera”. (Menéndez, 1998)

Sobre esto y en forma de crítica, una de las profesionales entrevistadas, Rosalía, dirá que:

“En la medicina no hay lugar a la crítica. Lxs médicxs tienen la palabra santa. En la facultad, en las residencias, en la práctica se construye la idea de que el que estudia medicina no es cualquier persona. El que se recibe de médico tiene que ser Dios. Su palabra no se cuestiona”.

(Rosalía)

Asimismo, dentro de las entrevistas realizadas se pueden observar cómo se comprende al rol de la mujer y persona gestante durante el parto no desde el lugar de protagonista del proceso sino como una paciente. Se afirma que se retoma el carácter pasivo de la mujer y persona por parir al

construir su participación desde la dicotomía entre salud/enfermedad. Es decir, el saber médico configura los límites legítimos entre lo que es sano y lo que no, por lo que al denominar a una persona como paciente se le está otorgando una condición de enfermx.

Marieta dirá que:

“El rol de la mujer es de ser paciente pero todos los que estamos funcionamos en torno al comportamiento de la paciente. Es el elemento principal. Y a partir de ahí, actuamos”. (Marieta)

En este sentido, por más que Marieta afirma que lxs profesionales de salud se acomodan en base a la mujer, corresponde a una manera de comprender al parto desde una patologización y no comprendiéndolo como un hecho natural fisiológico. En otras palabras, lo expresado en la entrevista visualiza la preponderancia del saber-poder médico por sobre los cuerpos y vidas de las personas.

Resulta necesario remarcar que estos testimonios denotan una mirada del discurso médico hegemónico en torno a la mujer y a personas gestantes, anclado en concepciones biomédicas, ahistóricas, patologizantes y centradas en controles médicos autorizados. De esta manera, se sostiene que en este modelo de parto se nace necesariamente en instituciones sanitarias, con médicxs profesionales que intervienen el proceso fisiológico y sin protagonismo de la mujer y persona gestante, que se encuentra despersonalizada y devenida en paciente.

“No es ingenuo que en la mayoría de las sociedades occidentales, a partir de mediados del siglo antepasado, la atención del embarazo, parto y del puerperio le es quitado a las mujeres de sus manos, pasando a ser un acto sanitario-hospitalario, aislado, homogéneo para todas las mujeres, donde es el personal de salud quienes controlan, deciden y son los/as únicos/as

presentes, quedando privilegiado el uso de la tecnología y medicalización”. (Camacaro Cuevas, 2008)

Se puede afirmar entonces que el término paciente deriva de una concepción hegemónica del saber médico que busca ordenar y normalizar y que ubica claramente a las mujeres y personas por parir en un lugar de pasividad frente al papel activo que asumen lxs profesionales. Se permiten evidenciar estas nociones en el testimonio de Ileana:

“Yo prioricé que mis hijxs nazcan bien. No me importó no ser la protagonista porque mis hijxs lo eran. Seguí todas las indicaciones de lxs médicxs porque sabía que en ese momento tenía que hacerlo para mi bebx nazca sanx. Y así fue”. (Ileana)

A partir de esta entrevista se puede también observar la relación desigual de poder que presenta el saber médico sobre las decisiones de las mujeres. En donde se lo presenta en pos de lograr el resultado deseado pero que esconde un sentido ordenador en torno a los cuerpos y subjetividades de las parientas. El rasgo asocial del discurso médico funciona como un ejercicio de poder en donde se construye un rol de pasividad para las mujeres y personas gestantes en pos de autorizar la voz de lxs profesionales, dejando de lado saberes propios sobre sus tiempos y sus cuerpos. Al ocultar su carácter ideológico se prefigura como natural.

4.3.4 Lo patriarcal: la relación directa entre el saber médico y el machismo

Se puede afirmar que Menéndez establece diversos rasgos estructurales pero no cuenta con una perspectiva de género transversal en su análisis. Es decir, no comprende a las mujeres y cuerpos feminizados como un sector de la sociedad históricamente subordinado a la supremacía de lo hombre, heterosexual, blanco, letrado. Se asume la necesidad de recalcar que vivimos en

una cultura patriarcal en donde todxs son oprimidxs pero que hay unos pocos, y se habla en masculino por decisión política de visibilizar quienes son, que cuentan con privilegios frente al resto que es estigmatizado, excluido y violentado.

Esto se puede relacionar con lo postulado por Bellón Sánchez donde afirma que:

“En las sociedades donde los valores patriarcales imperan, el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres se convierte en un aspecto clave para el mantenimiento de las mujeres en una posición subordinada.” (Bellón Sánchez, 2015)

Se puede determinar que la medicina, como cualquier campo del saber, ejerce su poder en base a las construcciones y sentidos hegemónicos de la sociedad en la que se inscribe. De esta forma se afirma que vivimos en una sociedad sexista y patriarcal que comprende a los cuerpos de las mujeres e identidades feminizadas como objetivados e interiorizados bajo una lectura de mundo machista. Asimismo, se asevera que esta cultura se impregna en la práctica médica de una forma naturalizada, sin ser advertida o criticada.

Se puede reflejar esta cualidad en varias entrevistas de lxs profesionales. Marieta, por ejemplo, asume que *“hay una diferencia abismal con el obstetra hombre, porque las mujeres tenemos otra sensibilidad. Nosotras estamos preparadas para esto, es nuestro rol en el mundo”*.

De esta forma se puede comprender cómo la entrevistada establece una cadena de equivalencias en donde ser mujer es igual a ser madre y a ser sensible, mientras que ser hombre se relaciona con otros sentidos diferenciados.

Esto se relaciona con lo expresado por Jorge Huergo en su texto sobre hegemonía:

“El discurso social, entonces, construye equivalencias entre determinados significantes y sus significados. Y esto lo hace con la totalidad de los significantes que proliferan en las relaciones sociales, permitiendo una percepción “adecuada” de lo que es el mundo social” (Huerco, 2009).

Sergio, por su parte, afirma que *“el parto es decisión de la pareja entre los dos se hace. La mujer es la única en parir pero la decisión es de ambos. La madre no puede decidir sin avisarle al padre”*. De esta forma no solo establece una división de roles sociales en base a una mirada biologicista, sino que se deslegitima el poder de decisión de la mujer y persona gestante durante el parto, perpetuando una relación desigual entre géneros.

Resulta necesario visibilizar esta cualidad ya que atraviesa de forma transversal las prácticas y conceptualizaciones médicas, construyendo sentidos que generan exclusiones y violencias estructurales. Además estipula un lugar claro de subordinación y pasividad a las mujeres y personas gestantes.

Sobre esto Camacaro Cuevas define que:

“Desmitificar ésta sustitución de protagonismos, es vital para comprender la justa dimensión de la necesidad de la obstetricia del control sobre el cuerpo sexual-reproductivo y psíquico de las mujeres, control que se ejecuta, no para la perpetuación de la especie humana, como aparenta la representación social que lo soporta, sino para la perpetuación de la especie social patriarcal”.

(Camacaro Cuevas, 2009)

De esta forma, se sostiene la importancia de vislumbrar este rasgo que construye sentidos hegemónicos desde la mirada patriarcal del mundo y configura subjetividades. Esta cualidad se puede observar en la experiencia narrada por Cristina donde relata que:

“Yo estaba gritando porque estaba asustada y nadie me explicaba nada. Y la médica a cargo decidió llamar a mi marido, obligándolo a que me calme porque sino así no podían seguir. Me sentí muy violentada, porque sentía mucho dolor, nadie me contaba qué pasaba y me trataban de loca mientras que mi marido era el cuerdo. Y él no estaba pariendo”. (Cristina)

Es importante destacar que no todxs lxs profesionales defienden la mirada patriarcal de forma natural. Rosalía, por su parte, sostiene que:

“Existe una desigualdad social entre los géneros, que se relaciona con las desigualdades históricas que se vienen construyendo desde siempre. Que hacen que la mujer sea víctima de una violencia agregada a una violencia que existe como general. Y que se ve en el cotidiano desde lo micro hasta lo macro. Por el hecho de ser mujeres somos objeto donde nos pueden decir lo que quieran, hacer lo que quieran, y gritar cualquier cosa. El patriarcado es algo que nos atraviesa a todxs pero nos perjudica más a nosotras”. (Rosalía)

En este punto es necesario retomar algunas consideraciones. Estos rasgos estructuran el discurso médico hegemónico y funcionan como normalizadores de lo social. Operan sobre la vida y las decisiones de las personas y construyen miradas de mundo. Se puede identificar que lxs profesionales entrevistadxs responden claramente a esta lectura y abordan los procesos de parto desde la misma. A su vez, se puede afirmar que las mujeres entrevistadas reflejan una autorización de este discurso y que en sus testimonios se asumen a sí mismas desde una histórica inferioridad frente a lxs profesionales.

Es importante destacar que estos atributos no se encuentran de forma ordenada y clasificada dentro del discurso médico sino que lo atraviesan de forma transversal, estableciendo relaciones directas y generando un ejercicio de poder en profundidad.

Dicho esto, se manifiesta que estas cualidades permiten un análisis en profundidad en torno al discurso médico devenido en hegemónico. Resulta necesario caracterizarlo en pos de visualizar la naturalización de dichos rasgos ya que lo avalan a exponer sus ejercicios de poder. Es importante señalar la posibilidad de transformación de dichos sentidos que violentan y oprimen.

4.4 El rol del Estado: ejercicio y valoraciones de las leyes promulgadas en nuestro país

En este punto, parece necesario indagar en torno al papel que asume el Estado dentro de estas situaciones de violencias rutinarias. En nuestro país, existen dos leyes que abordan la temática y que fueron promulgadas hace más de diez años:

La Ley de Parto Humanizado busca “promover los derechos de las madres, padres e hijxs durante el embarazo, parto y postparto, tanto en el ámbito privado como público y busca garantizar que las intervenciones sean tratadas con respeto, intimidad y considerando sus pautas culturales y se respeten los tiempos biológicos y psicológicos de cada persona”. (Ley Nacional N° 25.929, 2004)

Asimismo, existe la Ley Nacional N° 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Esta tiene por objetivo la eliminación de la discriminación contra la mujer, el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre la violencia contra las mujeres, la remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas, entre otras. Esta ley, a su vez, comprende a la violencia obstétrica como una violencia de género dentro de otras. Se puede identificar que estas leyes se constituyeron a partir de la lucha de los feminismos y

movimientos de mujeres. Es decir, a partir de históricas demandas por parte de un sector de la sociedad que ha sido subordinado e inferiorizado. Estas exigencias confluyeron en la promulgación de las leyes mencionadas, brindando derechos a las mujeres y a personas gestantes, por un lado, y otorgando ciertas obligaciones de cumplimiento al Estado argentino.

Se asume que se tratan de normativas redactadas por especialistas, discutidas y aprobadas en el Congreso y sientan precedente del papel que debe asumir el Estado frente a la vulneración de derechos.

4.4.1 Valoraciones y críticas por parte de lxs profesionales

A partir de las entrevistas realizadas a lxs profesionales de salud, se buscó indagar sobre las concepciones presentes por parte de lxs mismxs, con el fin de visualizar las opiniones que se desprenden de las leyes y su ejercicio en la práctica diaria.

Marieta será una de las profesionales que más critique las leyes, en especial la de parto humanizado. Sobre esto sostiene que:

“No tiene sentido la ley de parto humanizado. Es no me toques, no me mires, no nada. Es retroceder trescientos años atrás, es como ir a parir sola al río. Si no te miran, no te tocan, es un parto abandonado. A mí me parece que jugar con la vida de tu hijx es de egoísta. Porque vos estás bárbara y decidís sobre vos, pero el que está adentro tuyo no tiene decisión propia. Y lo estás perjudicando”. (Marieta)

Este testimonio expresa un claro desconocimiento de lo manifestado por la ley, en donde no se busca la nula intervención por parte del equipo de salud, sino que se respete la intimidad y los

tiempos de las mujeres y personas gestantes y en donde se escuche las decisiones y valoraciones de lxs sujetxs protagonistas y no solo la de lxs profesionales.

A su vez, se observa una falencia de capacitaciones por parte de las instituciones sobre lo exigido en las diferentes leyes. Es importante mencionar que ambas legislaciones se encuentran actualmente vigentes en nuestro país y que abarcan tanto ámbitos públicos como privados.

Marieta no sería la única profesional que manifiesta descontento y desconocimiento con respecto a lo planteado en leyes. Sergio, por su parte, refiere que:

“No me resulta muy simpática la definición de humanizado porque suena a que todo lo que se venía haciendo hasta ahora no es humanizado. Y no es así. También se piensa que la violencia obstétrica es todo lo que a ellas no les gusta y eso es porque es un tema que se ha abordado en los medios de comunicación”. (Sergio)

En este punto, se puede observar la valoración y conceptualización que tiene sobre la legislación, pero ignorando que se tratan de derechos discutidos y aprobados en la legislación por lxs representantes del Estado argentino. Se puede afirmar que tanto Sergio como Marieta reflejan un desconocimiento sobre las mismas y que no las respetan dentro de sus prácticas rutinarias.

Es necesario destacar que el cumplimiento de las leyes no corresponde a una decisión individual y personal de lxs profesionales, sino que es responsabilidad del Estado de garantizar los derechos conseguidos. Es decir, se intenta recalcar el rol protagónico que debería asumir el Estado en que cada mujer y persona gestante acceda no solo a los derechos explicitados en las normativas sino también a información que lxs empodere.

Dentro de las entrevistas a profesionales se buscó no solo interrogar sobre el conocimiento y las valoraciones hacia las legislaciones sino indagar en torno a su aplicación en las acciones

diarias, visibilizando si las mujeres atendidas por ellxs reconocen los derechos que le corresponden. Sobre esto, Sergio dice lo siguiente:

“Yo atiendo a pacientes en clínicas privadas y saben que existe esa ley pero no la conocen ni tampoco exigen que se ponga en práctica. Más bien tienen un rol pasivo y aceptan que las condiciones para que su hijo nazca en una institución y bajo mi cuidado son que tienen que estar internadas, con medicación, con episiotomía, que puede nacer por cesárea si a mí me parece. Esas cosas quedan tácitamente pactadas”. (Sergio)

Este testimonio claramente contradice lo expresado en la Ley de Parto respetado, específicamente en el artículo 2 de la misma, donde se indica que la mujer tiene los siguientes derechos:

“A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales. A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto”. (Ley 25.929, 2004)

Laura, por su parte, relata su propia experiencia, pactando una diferenciación clara sobre la aplicación entre ámbitos públicos y privados:

“En el hospital privado vi un cambio desde que se promulgó la ley. Se cuidan más porque hay demandas y hubo cosas de incumplimiento. En el hospital público, en cambio, no hubo. Va a

llevar mucho más tiempo. En el privado nadie quiere que se lo demande, en el público no hay nadie que demande”. (Laura)

En este sentido, se destaca que la normativa “será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación” (Artículo 1, Ley 25.929, 2004). A pesar de lo explicitado, se puede constatar que hay una población aún más vulnerable que no solo no cuenta con acceso a la información y a los derechos promulgados, sino que no cuenta con espacios en donde se regulen los mismos y se puedan exponer las violencias vividas. En otras palabras, no hay un ente estatal que tenga como fin controlar la vigencia de las legislaciones establecidas.

Esta situación se repite dentro de la entrevista a Marieta en donde también se destaca una diferenciación entre los territorios:

“La gente que va al hospital no te exige nada. La gente del privado, en cambio, es la que lee internet y pregunta cosas del parto. Sobre la ley me dicen que yo quiero esto o yo quiero lo otro, pero ahí es mi rol explicar por qué no se puede. La gente que no estudió eso, y te puede pedir lo que quiere, pero al final el responsable sos vos”. (Marieta)

En estas expresiones se puede identificar que tanto Sergio como Marieta comprenden a la normativa desde la crítica hacia la misma ya que señala que funciona como obstáculo para el ejercicio de su trabajo diario. A su vez, en el relato de Marieta se puede estipular que existe un sector poblacional que cuenta con acceso y conocimiento de sus derechos, pero no por vías institucionales como corresponde.

Resulta importante recalcar que en este trabajo se comprende que las opiniones personales corresponden a una mirada del mundo, a una concepción en donde la voz legitimada es la del

médico y profesional de salud, mientras que las demás son ignoradas y silenciadas. Estas leyes responden a la búsqueda de generar empoderamiento y derechos para aquellas voces olvidadas, por lo que las críticas y la desconfianza observadas en las entrevistas no son casualidad.

Sin embargo, no todos los profesionales establecen críticas hacia las legislaciones, Rosalía será quien la única entrevistada que recibió capacitaciones sobre la aplicación de las normativas pero no a través de entes gubernamentales sino en espacios militantes. A su vez afirma que: *“Las leyes en argentina están buenas, pero no es lo mismo que lo que se lleva a cabo. Yo conozco las leyes pero en un hospital público es raro que se cumpla. Le sirve a la clase media que conoce esas leyes y puede pagar abogados. En un hospital público no pasa eso, no se aplica nada”*. (Rosalía)

La obstetra comprende la necesidad de que existan estas leyes en nuestro país pero señala la ausencia de control por parte del Estado de que las mismas se cumplan en todos los espacios. Se puede determinar que esta falta de regulación produce vulneración hacia sectores sociales que no cuentan con el acceso a la información sobre sus derechos. A su vez, en cada una de las entrevistas se visibiliza la carencia de espacios de reflexión y capacitación sobre las leyes que permitan enfatizar la importancia de que se apliquen de forma transversal.

4.4.2 Conocimientos y experiencias por parte de las protagonistas

Esta investigación busca problematizar sentidos desde sus protagonistas, por lo que fue necesario indagar sobre los conocimientos y experiencias sobre las legislaciones promulgadas por parte de las mujeres entrevistadas. En este sentido, se profundizó la relación de lo propuesto por la ley en torno a las prácticas con los relatos expuestos por las mismas.

De esta manera se puede determinar que subsiste un conocimiento escaso sobre la existencia de las normativas ya mencionadas. Dentro de los testimonios de las entrevistadas se puede manifestar que lxs profesionales de salud no hacen aplicación de las premisas de las normativas, no solo al ejercer prácticas consideradas violentas sino también al negar información. Esto se puede reflejar en lo dicho por Ileana:

“Conozco que hay una ley pero no sé de qué trata. Algo le consulté a mi ginecóloga pero se rió y dijo que no era necesario porque era lo que ya se hacía”. (Ileana)

De esta manera se manifiesta la forma en la que se desestima la presencia de las legislaciones por parte de profesionales de salud. Esto se puede relacionar con el testimonio de Betina en donde el mismo médico durante su consulta expuso su crítica hacia la ley:

“Mi médico me dijo que por ahí iba a leer algo sobre unas leyes que te obligan a tener parto natural, sin médicxs, y a parir sentada. Yo no sabía de qué hablaba pero era mi médico de siempre y por supuesto confíé en él. Jamás hubiese aceptado parir sin médicxs presentes”. (Betina)

En esta entrevista se observa los mecanismos utilizados para menospreciar las leyes, en donde no solo se desautorizan las mismas sino que se busca generar prejuicio sin profundizar sobre lo postulado. Asimismo, se puede visibilizar la naturalización y la legitimación del saber médico por encima de las decisiones de la mujer como la internalización de los discursos por parte de la entrevistada.

Se puede notar una postura diferente en lo relatado por Cristina a continuación:

“Yo la pasé muy mal en mis dos primeros partos, asique al tercero investigué y me di cuenta que había leyes que no se estaban cumpliendo. A partir de eso, busqué un hospital donde se respete

lo que yo quería hacer. Me costó mucho conseguir, más en los públicos. Terminé dando luz en un privado porque fue el único lugar donde conocían la ley y la médica la aplicaba dentro del todo bien". (Cristina)

Cristina refleja lo mencionado ya por lxs profesionales en donde se sostiene que los ámbitos privados tienden a tener un mayor conocimiento de las normativas y una mayor aplicación de las mismas, si es exigido por las mujeres y personas gestantes. Se comprende que al tratarse de legislaciones nacionales deberían ser acatadas en todos los espacios, especialmente en los públicos, donde asisten las poblaciones más vulnerables.

Esta afirmación se relaciona con lo manifestado en la entrevista de Gabriela, en donde se evidencia un claro maltrato por parte del equipo de salud y desprecio hacia la normativa vigente: *"Nunca me dieron mucha información de mis derechos, ni de nada durante el parto. Solo me callaban y se reían. Cuando me quejé, me dijeron que si quería que me trataran como una reina que vaya una clínica". (Gabriela)*

De esta forma se refleja el descrédito rutinario por parte de profesionales con respecto a las leyes, en donde se establece simbólicamente un ámbito donde sí se regulan y sí se aplican en oposición a otros espacios en el cual son ignoradas. Es decir, se construye la idea de que las legislaciones son para algunxs pocxs que pueden acceder a la información y a los derechos mientras otrxs quedan relegadxs a ser silenciadxs y subordinadxs.

5. Reflexiones finales: ¿Por qué analizar las construcciones de sentidos sobre los partos?

Este trabajo se propuso inicialmente indagar sobre las construcciones de sentido sobre el rol de la mujer y los cuerpos gestantes al momento de parir y analizar las miradas y aplicaciones de la ley de parto respetado. Se buscó cuestionar sobre estas temáticas desde una clara perspectiva de género en donde comprenda que vivimos en una cultura patriarcal donde las mujeres y cuerpos feminizados sufren una histórica subordinación frente a una supremacía cis heterosexual blanca letrada.

En este sentido, se entrevistaron a médicxs y obstetras con el fin de no solo describir el discurso médico hegemónico sino como una forma de ponerlo en disputa por su mirada biologicista y patriarcal sobre los procesos de parto. Estas entrevistas permitieron visibilizar la naturalización de prácticas y acciones violentas que se realizan rutinariamente y que corresponden a una lectura del mundo en donde el saber médico es el único autorizado por sobre otros saberes.

Asimismo, se planteó iniciar esta investigación teniendo como horizonte las voces de lxs protagonistas, por lo que se decidió entrevistar a mujeres que hayan pasado por partos con el fin de analizar las concepciones sobre su rol al momento de parir. Estas entrevistas funcionaron como punto de partida para establecer el poder que ejerce el saber médico sobre la vida y los cuerpos de las personas gestantes.

En este punto, es necesario aclarar que se comprende que no solo las mujeres que se perciben como tal son las únicas en tener la posibilidad de gestar, sino que se entiende que hay personas que pueden hacerlo y no se sienten identificadas con el término “mujer”. Se afirma que las

legislaciones establecen derechos que son para todas las personas que puedan y quieran gestar. Sin embargo, se entrevistaron solo a mujeres no porque no se piense que todas las personas gestantes tengan derechos sino porque no se pudo acceder a entrevistar otras identidades.

También es importante recalcar que todxs lxs profesionales entrevistadxs establecen a lo largo de sus entrevistas que solo las mujeres son las que pueden parir. Es decir, se visualiza que lxs médicxs y obstetras no perciben que existen otras identidades con las capacidades de gestar. Esta afirmación corresponde a una mirada biologicista que mantiene el saber médico y desde donde ejerce su poder.

Resulta prioritario comprender esta premisa con el objetivo de cuestionar y problematizar estas conceptualizaciones, que no solo producen prácticas y violencias excluyentes, sino que también producen, reproducen y circulan una noción en torno a las mujeres, los cuerpos gestantes y a sus roles sociales desde una mirada sumamente patriarcal, que ataca las libertades y derechos de las mismas.

Con respecto a las entrevistas realizadas, se pueden identificar ciertas problemáticas. En principal, la falta de formación con respecto al tema en la mayoría de lxs entrevistadxs. Se puede determinar que tanto lxs profesionales como las mujeres entrevistadas mantienen un desconocimiento sobre lo que es violencia obstétrica y sobre las leyes que buscan intervenir sobre la misma. Dicho esto, se afirma que existe una falta de capacitaciones sobre la temática, que produce desinformación y desconfianza por parte de lxs mismxs.

Sobre las mujeres en particular se observar que, si bien no poseen conocimiento sobre el término, todas han relatado situaciones violentas que pasaron durante los partos por parte de lxs profesionales. Sin embargo, no solo no se reconocen estas prácticas dentro de la violencia

obstétrica sino que, por lo contrario, son naturalizadas y hasta justificadas. Esto denota una cierta internalización de los discursos hegemónicos en donde se avala las construcciones de sentidos que las oprime.

Asimismo, se percibe una cierta resistencia para reconocer prácticas violentas dentro de las experiencias que relatan las protagonistas. En este sentido, se puede visibilizar de qué manera el saber médico opera en los relatos y construcciones de las entrevistadas de tal manera que no solo se niega sino que se naturaliza el carácter violento de las situaciones.

Es necesario reflexionar en torno a la construcción del discurso médico como hegemónico. Es decir, comprendiendo que los saberes se legitiman a partir de una lucha de significaciones en la cual se ponen en juego distintas concepciones de mundo. Se establece, entonces, que dicho discurso se presenta como natural y como único posible pero esta afirmación esconde las disputas por el sentido y la existencia de otros saberes. Resulta primordial reconocer su cualidad construida para subrayar la posibilidad y necesidad de ponerlo en disputa.

En este sentido, el reconocimiento y descripción de los rasgos que estructuran el discurso médico permite visualizar su ejercicio de poder. Es decir, estos rasgos mencionados en el trabajo funcionan como normalizadores de lo social. Se afirma que operan sobre la vida y las decisiones de las personas y construyen conceptualizaciones del mundo. Lxs profesionales entrevistadxs responden y abordan los partos desde estas miradas. Estas cualidades no se encuentran de forma ordenada dentro del discurso sino que construyen transversalmente una lectura del mundo donde el discurso médico es el único autorizado.

Sobre las legislaciones presentes en nuestro país, resulta importante subrayar el desconocimiento sobre la implicancia que alcanzan las normativas por parte de profesionales y

de las mismas protagonistas. A su vez, esto permite profundizar en torno a la aplicación actual de las mismas, en donde el Estado debería cumplir un papel fundamental que no es desempeñado sino, por lo contrario, notablemente omitido.

De la misma forma, dentro de los testimonios de las entrevistadas se puede manifestar que lxs profesionales de salud no hacen aplicación de las premisas de las normativas, no solo al ejercer prácticas consideradas violentas sino también al negar información. Es fundamental evidenciar que existe una considerable desigualdad entre las instituciones privadas y las públicas con respecto a la práctica de las leyes. Esta situación genera exclusiones y vulneraciones a sectores sociales que no acceden a la información y/o no cuentan con espacios estatales que defiendan sus derechos.

Por otro lado, este recorrido por las leyes establecidas por el Estado argentino en relación con las entrevistas realizadas permite visibilizar las consideraciones que se desprenden de las mismas, en donde prepondera la crítica y el desconocimiento. Sin embargo, se puede afirmar que, a pesar de las dificultades mencionadas, son normativas necesarias para sentar posición sobre los derechos de las mujeres y personas gestantes al momento de parir.

Resulta necesario visibilizar el contexto en donde se realizó la investigación. Estas normativas, promulgadas en el 2004 y 2009, corresponden a un proyecto político que comprende al Estado como principal garante de derechos. No es casualidad que estas leyes se hayan anunciado al mismo tiempo de que se construyeron políticas públicas destinadas al empoderamiento de un sector de la sociedad históricamente subordinado.

En la actualidad, se puede constatar que existe un Estado ausente, que no solo no financia ni promulga nuevas políticas públicas y normativas sino que atenta directamente con la aplicación

de las ya existentes. Se puede observar esta afirmación en los dieciséis pesos por mujer designados por el presupuesto nacional para la erradicación de la violencia contra las mujeres y con la decisión por parte del Gobierno actual de cerrar el Ministerio de Salud de La Nación. Situaciones que forman parte de una conceptualización neoliberal del Estado en donde comprende el ejercicio de políticas públicas como un gasto y no como necesarias.

Se puede determinar que las leyes promulgadas forman parte de un proyecto de Estado que buscó garantizar derechos para que las mujeres y personas gestantes puedan atravesar sus partos con libertad y en donde se prepondere sus decisiones. Resulta imprescindible destacar que estas normativas se configuraron en los gobiernos de Néstor y Cristina Kirchner, quienes tradujeron en derechos las demandas históricas del pueblo argentino. No es casualidad estar frente a un claro desfinanciamiento de las legislaciones dentro de un proyecto de Estado que adhiere a una concepción estatal neoliberal.

Este trabajo buscó analizar las construcciones de sentido sobre los partos con el fin de visualizar los sentidos que generan exclusiones y violencias. Se priorizó relatar las voces de las protagonistas con el objetivo claro de observar las construcciones naturalizadas e invisibilizadas y con el firme horizonte de construir nuevas significaciones que permitan partos más libres y cuidados, donde preponderen las decisiones de las mujeres y personas gestantes. Se comprende que esta disputa se enmarca en la lucha por la justicia social y por la construcción de un mundo menos injusto y más igualitario, menos patriarcal y más feminista, en la que todxs tengan el derecho de transitar su vida y sus decisiones dentro de un Estado que se los garantice.

Anexos

LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES

Ley 26.485

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

Sancionada: Marzo 11 de 2009.

Promulgada de Hecho: Abril 1 de 2009.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.
sancionan con fuerza de Ley:

LEY DE PROTECCION INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS AMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º— Ambito de aplicación. Orden Público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República, con excepción de las disposiciones de carácter procesal establecidas en el Capítulo II del Título III de la presente.

ARTICULO 2º— Objeto. La presente ley tiene por objeto promover y garantizar:

- a) La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida;
- b) El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia;
- c) Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos;

d) El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres; 1947)

e) La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres;

f) El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia;

g) La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

ARTICULO 3º— Derechos Protegidos. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;

b) La salud, la educación y la seguridad personal;

c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;

d) Que se respete su dignidad;

e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;

g) Recibir información y asesoramiento adecuado;

h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;

i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;

j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;

k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización.

ARTICULO 4º— Definición. Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

ARTICULO 5º— Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista

o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
- d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

ARTICULO 6º— Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

- a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;
- b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas,

además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

TITULO II

POLITICAS PUBLICAS

CAPITULO I

PRECEPTOS RECTORES

ARTICULO 7º— Preceptos rectores. Los tres poderes del Estado, sean del ámbito nacional o provincial, adoptarán las medidas necesarias y ratificarán en cada una de sus actuaciones el respeto irrestricto del derecho constitucional a la igualdad entre mujeres y varones. Para el cumplimiento de los fines de la presente ley deberán garantizar los siguientes preceptos rectores:

- a) La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres;
- b) La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres;
- c) La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin, así como promover la sanción y reeducación de quienes ejercen violencia;
- d) La adopción del principio de transversalidad estará presente en todas las medidas así como en la ejecución de las disposiciones normativas, articulando interinstitucionalmente y coordinando recursos presupuestarios;
- e) El incentivo a la cooperación y participación de la sociedad civil, comprometiendo a entidades privadas y actores públicos no estatales;
- f) El respeto del derecho a la confidencialidad y a la intimidad, prohibiéndose la reproducción para uso particular o difusión pública de la información relacionada con situaciones de violencia contra la mujer, sin autorización de quien la padece;
- g) La garantía de la existencia y disponibilidad de recursos económicos que permitan el cumplimiento de los objetivos de la presente ley;
- h) Todas las acciones conducentes a efectivizar los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

CAPITULO II

ORGANISMO COMPETENTE

ARTICULO 8º— Organismo competente. El Consejo Nacional de la Mujer será el organismo rector encargado del diseño de las políticas públicas para efectivizar las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 9º— Facultades. El Consejo Nacional de la Mujer, para garantizar el logro de los objetivos de la presente ley, deberá:

- a) Elaborar, implementar y monitorear un Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres;
- b) Articular y coordinar las acciones para el cumplimiento de la presente ley, con las distintas áreas involucradas a nivel nacional, provincial y municipal, y con los ámbitos universitarios, sindicales, empresariales, religiosos, las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y otras de la sociedad civil con competencia en la materia;
- c) Convocar y constituir un Consejo Consultivo ad honórem, integrado por representantes de las organizaciones de la sociedad civil y del ámbito académico especializadas, que tendrá por función asesorar y recomendar sobre los cursos de acción y estrategias adecuadas para enfrentar el fenómeno de la violencia;
- d) Promover en las distintas jurisdicciones la creación de servicios de asistencia integral y gratuita para las mujeres que padecen violencia;
- e) Garantizar modelos de abordaje tendientes a empoderar a las mujeres que padecen violencia que respeten la naturaleza social, política y cultural de la problemática, no admitiendo modelos que contemplen formas de mediación o negociación;
- f) Generar los estándares mínimos de detección precoz y de abordaje de las situaciones de violencia;
- g) Desarrollar programas de asistencia técnica para las distintas jurisdicciones destinados a la prevención, detección precoz, asistencia temprana, reeducación, derivación interinstitucional y a la elaboración de protocolos para los distintos niveles de atención;
- h) Brindar capacitación permanente, formación y entrenamiento en la temática a los funcionarios públicos en el ámbito de la Justicia, las fuerzas policiales y de seguridad, y las Fuerzas Armadas, las que se impartirán de manera integral y específica según cada área

de actuación, a partir de un módulo básico respetando los principios consagrados en esta ley;

i) Coordinar con los ámbitos legislativos la formación especializada, en materia de violencia contra las mujeres e implementación de los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres destinada a legisladores/as y asesores/as;

j) Impulsar a través de los colegios y asociaciones de profesionales la capacitación del personal de los servicios que, en razón de sus actividades, puedan llegar a intervenir en casos de violencia contra las mujeres;

k) Diseñar e implementar Registros de situaciones de violencia contra las mujeres de manera interjurisdiccional e interinstitucional, en los que se establezcan los indicadores básicos aprobados por todos los Ministerios y Secretarías competentes, independientemente de los que determine cada área a los fines específicos, y acordados en el marco de los Consejos Federales con competencia en la materia;

l) Desarrollar, promover y coordinar con las distintas jurisdicciones los criterios para la selección de datos, modalidad de registro e indicadores básicos desagregados —como mínimo— por edad, sexo, estado civil y profesión u ocupación de las partes, vínculo entre la mujer que padece violencia y el hombre que la ejerce, naturaleza de los hechos, medidas adoptadas y sus resultados, y sanciones impuestas a la persona violenta. Se deberá asegurar la reserva en relación con la identidad de las mujeres que padecen violencias;

m) Coordinar con el Poder Judicial los criterios para la selección de datos, modalidad de Registro e indicadores que lo integren que obren en ambos poderes, independientemente de los que defina cada uno a los fines que le son propios;

n) Analizar y difundir periódicamente los datos estadísticos y resultados de las investigaciones a fin de monitorear y adecuar las políticas públicas a través del Observatorio de la Violencia Contra las Mujeres;

ñ) Diseñar y publicar una Guía de Servicios en coordinación y actualización permanente con las distintas jurisdicciones, que brinde información sobre los programas y los servicios de asistencia directa;

- o) Implementar una línea telefónica gratuita y accesible en forma articulada con las provincias a través de organismos gubernamentales pertinentes, destinada a dar contención, información y brindar asesoramiento sobre recursos existentes en materia de prevención de la violencia contra las mujeres y asistencia a quienes la padecen;
- p) Establecer y mantener un Registro de las organizaciones no gubernamentales especializadas en la materia en coordinación con las jurisdicciones y celebrar convenios para el desarrollo de actividades preventivas, de control y ejecución de medidas de asistencia a las mujeres que padecen violencia y la rehabilitación de los hombres que la ejercen;
- q) Promover campañas de sensibilización y concientización sobre la violencia contra las mujeres informando sobre los derechos, recursos y servicios que el Estado garantiza e instalando la condena social a toda forma de violencia contra las mujeres. Publicar materiales de difusión para apoyar las acciones de las distintas áreas;
- r) Celebrar convenios con organismos públicos y/o instituciones privadas para toda acción conducente al cumplimiento de los alcances y objetivos de la presente ley;
- s) Convocar y poner en funciones al Consejo, Consultivo de organizaciones de la sociedad civil y redactar su reglamento de funcionamiento interno;
- t) Promover en el ámbito comunitario el trabajo en red, con el fin de desarrollar modelos de atención y prevención interinstitucional e intersectorial, que unifiquen y coordinen los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas;
- u) Garantizar el acceso a los servicios de atención específica para mujeres privadas de libertad.

CAPITULO III

LINEAMIENTOS BASICOS PARA LAS POLITICAS ESTATALES

ARTICULO 10.— Fortalecimiento técnico a las jurisdicciones. El Estado nacional deberá promover y fortalecer interinstitucionalmente a las distintas jurisdicciones para la creación e implementación de servicios integrales de asistencia a las mujeres que padecen violencia y a las personas que la ejercen, debiendo garantizar:

1.- Campañas de educación y capacitación orientadas a la comunidad para informar, concientizar y prevenir la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

2.- Unidades especializadas en violencia en el primer nivel de atención que trabajen en la prevención y asistencia de hechos de violencia, las que coordinarán sus actividades según los estándares, protocolos y registros establecidos y tendrán un abordaje integral de las siguientes actividades:

a) Asistencia interdisciplinaria para la evaluación, diagnóstico y definición de estrategias de abordaje;

b) Grupos de ayuda mutua;

c) Asistencia y patrocinio jurídico gratuito;

d) Atención coordinada con el área de salud que brinde asistencia médica y psicológica;

e) Atención coordinada con el área social que brinde los programas de asistencia destinados a promover el desarrollo humano.

3.- Programas de asistencia económica para el autovalimiento de la mujer.

4.- Programas de acompañantes comunitarios para el sostenimiento de la estrategia de autovalimiento de la mujer.

5.- Centros de día para el fortalecimiento integral de la mujer.

6.- Instancias de tránsito para la atención y albergue de las mujeres que padecen violencia en los casos en que la permanencia en su domicilio o residencia implique una amenaza inminente a su integridad física, psicológica o sexual, o la de su grupo familiar, debiendo estar orientada a la integración inmediata a su medio familiar, social y laboral.

7.- Programas de reeducación destinados a los hombres que ejercen violencia.

ARTICULO 11.— Políticas públicas. El Estado nacional implementará el desarrollo de las siguientes acciones prioritarias, promoviendo su articulación y coordinación con los distintos Ministerios y Secretarías del Poder Ejecutivo nacional, jurisdicciones

provinciales y municipales, universidades y organizaciones de la sociedad civil con competencia en la materia:

1.- Jefatura de Gabinete de Ministros – Secretaría de Gabinete y Gestión Pública:

- a) Impulsar políticas específicas que implementen la normativa vigente en materia de acoso sexual en la administración pública nacional y garanticen la efectiva vigencia de los principios de no discriminación e igualdad de derechos, oportunidades y trato en el empleo público;
- b) Promover, a través del Consejo Federal de la Función Pública, acciones semejantes en el ámbito de las jurisdicciones provinciales.

2.- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:

- a) Promover políticas tendientes a la revinculación social y laboral de las mujeres que padecen violencia;
- b) Elaborar criterios de priorización para la inclusión de las mujeres en los planes y programas de fortalecimiento y promoción social y en los planes de asistencia a la emergencia;
- c) Promover líneas de capacitación y financiamiento para la inserción laboral de las mujeres en procesos de asistencia por violencia;
- d) Apoyar proyectos para la creación y puesta en marcha de programas para atención de la emergencia destinadas a mujeres y al cuidado de sus hijas/os;
- e) Celebrar convenios con entidades bancarias a fin de facilitarles líneas de créditos a mujeres que padecen violencia;
- f) Coordinar con la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia los criterios de atención que se fijen para las niñas y adolescentes que padecen violencia.

3.- Ministerio de Educación de la Nación:

- a) Articular en el marco del Consejo Federal de Educación la inclusión en los contenidos mínimos curriculares de la perspectiva de género, el ejercicio de la tolerancia, el respeto y la libertad en las relaciones interpersonales, la igualdad entre los sexos, la democratización de las relaciones familiares, la vigencia de los derechos humanos y la deslegitimación de modelos violentos de resolución de conflictos;
- b) Promover medidas para que se incluya en los planes de formación docente la detección precoz de la violencia contra las mujeres;
- c) Recomendar medidas para prever la escolarización inmediata de las/os niñas/os y adolescentes que se vean afectadas/os, por un cambio de residencia derivada de una situación de violencia, hasta que se sustancie la exclusión del agresor del hogar;
- d) Promover la incorporación de la temática de la violencia contra las mujeres en las currículas terciarias y universitarias, tanto en los niveles de grado como de post grado;
- e) Promover la revisión y actualización de los libros de texto y materiales didácticos con la finalidad de eliminar los estereotipos de género y los criterios discriminatorios, fomentando la igualdad de derechos, oportunidades y trato entre mujeres y varones;
- f) Las medidas anteriormente propuestas se promoverán en el ámbito del Consejo Federal de Educación.

4.- Ministerio de Salud de la Nación:

- a) Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer;
- b) Promover la discusión y adopción de los instrumentos aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito del Consejo Federal de Salud;
- c) Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una

práctica médica no sexista. El procedimiento deberá asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios;

d) Promover servicios o programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y/o de quienes la ejerzan con la utilización de protocolos de atención y derivación;

e) Impulsar la aplicación de un Registro de las personas asistidas por situaciones de violencia contra las mujeres, que coordine los niveles nacionales y provinciales.

f) Asegurar la asistencia especializada de los/as hijos/as testigos de violencia;

g) Promover acuerdos con la Superintendencia de Servicios de Salud u organismo que en un futuro lo reemplace, a fin de incluir programas de prevención y asistencia de la violencia contra las mujeres, en los establecimientos médico-asistenciales, de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, los que deberán incorporarlas en su cobertura en igualdad de condiciones con otras prestaciones;

h) Alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género;

i) Promover, en el marco del Consejo Federal de Salud, el seguimiento y monitoreo de la aplicación de los protocolos. Para ello, los organismos nacionales y provinciales podrán celebrar convenios con instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

5.- Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación:

5.1. Secretaría de Justicia:

a) Promover políticas para facilitar el acceso de las mujeres a la Justicia mediante la puesta en marcha y el fortalecimiento de centros de información, asesoramiento jurídico y patrocinio jurídico gratuito;

b) Promover la aplicación de convenios con Colegios Profesionales, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil para brindar asistencia jurídica especializada y gratuita;

- c) Promover la unificación de criterios para la elaboración de los informes judiciales sobre la situación de peligro de las mujeres que padecen violencia;
- d) Promover la articulación y cooperación entre las distintas instancias judiciales involucradas a fin de mejorar la eficacia de las medidas judiciales;
- e) Promover la elaboración de un protocolo de recepción de denuncias de violencia contra las mujeres a efectos de evitar la judicialización innecesaria de aquellos casos que requieran de otro tipo de abordaje;
- f) Propiciar instancias de intercambio y articulación con la Corte Suprema de Justicia de la Nación para incentivar en los distintos niveles del Poder Judicial la capacitación específica referida al tema;
- g) Alentar la conformación de espacios de formación específica para profesionales del derecho;
- h) Fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, así como de la eficacia de las medidas aplicadas para impedirla y reparar sus efectos, difundiendo periódicamente los resultados;
- i) Garantizar el acceso a los servicios de atención específica para mujeres privadas de libertad.

5.2. Secretaría de Seguridad:

- a) Fomentar en las fuerzas policiales y de seguridad, el desarrollo de servicios interdisciplinarios que brinden apoyo a las mujeres que padecen violencia para optimizar su atención, derivación a otros servicios y cumplimiento de disposiciones judiciales;
- b) Elaborar en el ámbito del Consejo de Seguridad Interior, los procedimientos básicos para el diseño de protocolos específicos para las fuerzas policial y de seguridad a fin de brindar las respuestas adecuadas para evitar la revictimización, facilitar la debida atención, asistencia y protección policial a las mujeres que acudan a presentar denuncias en sede policial;

c) Promover la articulación de las fuerzas policial y de seguridad que intervengan en la atención de la violencia contra las mujeres con las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil;

d) Sensibilizar y capacitar a las fuerzas policial y de seguridad en la temática de la violencia contra las mujeres en el marco del respeto de los derechos humanos;

e) Incluir en los programas de formación de las fuerzas policial y de seguridad asignaturas y/o contenidos curriculares específicos sobre los derechos humanos de las mujeres y en especial sobre violencia con perspectiva de género.

5.3. Secretaría de Derechos Humanos e Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI):

a) Promover la inclusión de la problemática de la violencia contra las mujeres en todos los programas y acciones de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y del INADI, en articulación con el Consejo Federal de Derechos Humanos.

6.- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación:

a) Desarrollar programas de sensibilización, capacitación e incentivos a empresas y sindicatos para eliminar la violencia laboral contra las mujeres y promover la igualdad de derechos, oportunidades y trato en el ámbito laboral, debiendo respetar el principio de no discriminación en:

1. El acceso al puesto de trabajo, en materia de convocatoria y selección;

2. La carrera profesional, en materia de promoción y formación;

3. La permanencia en el puesto de trabajo;

4. El derecho a una igual remuneración por igual tarea o función.

b) Promover, a través de programas específicos la prevención del acoso sexual contra las mujeres en el ámbito de empresas y sindicatos;

c) Promover políticas tendientes a la formación e inclusión laboral de mujeres que padecen violencia;

d) Promover el respeto de los derechos laborales de las mujeres que padecen violencia, en particular cuando deban ausentarse de su puesto de trabajo a fin de dar cumplimiento a prescripciones profesionales, tanto administrativas como las emanadas de las decisiones judiciales.

7.- Ministerio de Defensa de la Nación:

a) Adecuar las normativas, códigos y prácticas internas de las Fuerzas Armadas a la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres;

b) Impulsar programas y/o medidas de acción positiva tendientes a erradicar patrones de discriminación en perjuicio de las mujeres en las Fuerzas Armadas para el ingreso, promoción y permanencia en las mismas;

c) Sensibilizar a los distintos niveles jerárquicos en la temática de la violencia contra las mujeres en el marco del respeto de los derechos humanos;

d) Incluir en los programas de formación asignaturas y/o contenidos específicos sobre los derechos humanos de las mujeres y la violencia con perspectiva de género.

8.- Secretaría de Medios de Comunicación de la Nación:

a) Impulsar desde el Sistema Nacional de Medios la difusión de mensajes y campañas permanentes de sensibilización y concientización dirigida a la población en general y en particular a las mujeres sobre el derecho de las mismas a vivir una vida libre de violencias;

b) Promover en los medios masivos de comunicación el respeto por los derechos humanos de las mujeres y el tratamiento de la violencia desde la perspectiva de género;

c) Brindar capacitación a profesionales de los medios masivos de comunicación en violencia contra las mujeres;

d) Alentar la eliminación del sexismo en la información;

e) Promover, como un tema de responsabilidad social empresaria, la difusión de campañas publicitarias para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

CAPITULO IV

OBSERVATORIO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

ARTICULO 12.— Creación. Créase el Observatorio de la Violencia contra las Mujeres en el ámbito del Consejo Nacional de la Mujer, destinado al monitoreo, recolección, producción, registro y sistematización de datos e información sobre la violencia contra las mujeres.

ARTICULO 13.— Misión. El Observatorio tendrá por misión el desarrollo de un sistema de información permanente que brinde insumos para el diseño, implementación y gestión de políticas públicas tendientes a la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

ARTICULO 14.— Funciones. Serán funciones del Observatorio de la Violencia contra las Mujeres:

- a) Recolectar, procesar, registrar, analizar, publicar y difundir información periódica y sistemática y comparable diacrónica y sincrónicamente sobre violencia contra las mujeres;
- b) Impulsar el desarrollo de estudios e investigaciones sobre la evolución, prevalencia, tipos y modalidades de violencia contra las mujeres, sus consecuencias y efectos, identificando aquellos factores sociales, culturales, económicos y políticos que de alguna manera estén asociados o puedan constituir causal de violencia;
- c) Incorporar los resultados de sus investigaciones y estudios en los informes que el Estado nacional eleve a los organismos regionales e internacionales en materia de violencia contra las mujeres;
- d) Celebrar convenios de cooperación con organismos públicos o privados, nacionales o internacionales, con la finalidad de articular interdisciplinariamente el desarrollo de estudios e investigaciones;
- e) Crear una red de información y difundir a la ciudadanía los datos relevados, estudios y actividades del Observatorio, mediante una página web propia o vinculada al portal del Consejo Nacional de la Mujer. Crear y mantener una base documental actualizada permanentemente y abierta a la ciudadanía;

f) Examinar las buenas prácticas en materia de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres y las experiencias innovadoras en la materia y difundirlas a los fines de ser adoptadas por aquellos organismos e instituciones nacionales, provinciales o municipales que lo consideren;

g) Articular acciones con organismos gubernamentales con competencia en materia de derechos humanos de las mujeres a los fines de monitorear la implementación de políticas de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, para evaluar su impacto y elaborar propuestas de actuaciones o reformas;

h) Fomentar y promover la organización y celebración periódica de debates públicos, con participación de centros de investigación, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil y representantes de organismos públicos y privados, nacionales e internacionales con competencia en la materia, fomentando el intercambio de experiencias e identificando temas y problemas relevantes para la agenda pública;

i) Brindar capacitación, asesoramiento y apoyo técnico a organismos públicos y privados para la puesta en marcha de los Registros y los protocolos;

j) Articular las acciones del Observatorio de la Violencia contra las Mujeres con otros Observatorios que existan a nivel provincial, nacional e internacional;

k) Publicar el informe anual sobre las actividades desarrolladas, el que deberá contener información sobre los estudios e investigaciones realizadas y propuestas de reformas institucionales o normativas. El mismo será difundido a la ciudadanía y elevado a las autoridades con competencia en la materia para que adopten las medidas que corresponda.

ARTICULO 15.— Integración. El Observatorio de la Violencia contra las Mujeres estará integrado por:

a) Una persona designada por la Presidencia del Consejo Nacional de la Mujer, quien ejercerá la Dirección del Observatorio, debiendo tener acreditada formación en investigación social y derechos humanos;

b) Un equipo interdisciplinario idóneo en la materia.

TITULO III

PROCEDIMIENTOS

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 16.— Derechos y garantías mínimas de procedimientos judiciales y administrativos. Los organismos del Estado deberán garantizar a las mujeres, en cualquier procedimiento judicial o administrativo, además de todos los derechos reconocidos en la Constitución Nacional, los Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por la Nación Argentina, la presente ley y las leyes que en consecuencia se dicten, los siguientes derechos y garantías:

- a) A la gratuidad de las actuaciones judiciales y del patrocinio jurídico preferentemente especializado;
- b) A obtener una respuesta oportuna y efectiva;
- c) A ser oída personalmente por el juez y por la autoridad administrativa competente;
- d) A que su opinión sea tenida en cuenta al momento de arribar a una decisión que la afecte;
- e) A recibir protección judicial urgente y preventiva cuando se encuentren amenazados o vulnerados cualquiera de los derechos enunciados en el artículo 3° de la presente ley;
- f) A la protección de su intimidad, garantizando la confidencialidad de las actuaciones;
- g) A participar en el procedimiento recibiendo información sobre el estado de la causa;
- h) A recibir un trato humanizado, evitando la revictimización;
- i) A la amplitud probatoria para acreditar los hechos denunciados, teniendo en cuenta las circunstancias especiales en las que se desarrollan los actos de violencia y quienes son sus naturales testigos;
- j) A oponerse a la realización de inspecciones sobre su cuerpo por fuera del estricto marco de la orden judicial. En caso de consentirlas y en los peritajes judiciales tiene derecho a ser

acompañada por alguien de su confianza y a que sean realizados por personal profesional especializado y formado con perspectiva de género;

k) A contar con mecanismos eficientes para denunciar a los funcionarios por el incumplimiento de los plazos establecidos y demás irregularidades.

ARTICULO 17.— Procedimientos Administrativos. Las jurisdicciones locales podrán fijar los procedimientos previos o posteriores a la instancia judicial para el cumplimiento de esta ley, la que será aplicada por los municipios, comunas, comisiones de fomento, juntas, delegaciones de los Consejos Provinciales de la Mujer o áreas descentralizadas, juzgados de paz u organismos que estimen convenientes.

ARTICULO 18.— Denuncia. Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomen conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la presente ley, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito.

CAPITULO II

PROCEDIMIENTO

ARTICULO 19.— Ambito de aplicación. Las jurisdicciones locales, en el ámbito de sus competencias, dictarán sus normas de procedimiento o adherirán al régimen procesal previsto en la presente ley.

ARTICULO 20.— Características del procedimiento. El procedimiento será gratuito y sumarísimo.

ARTICULO 21.— Presentación de la denuncia. La presentación de la denuncia por violencia contra las mujeres podrá efectuarse ante cualquier juez/jueza de cualquier fuero e instancia o ante el Ministerio Público, en forma oral o escrita.

Se guardará reserva de identidad de la persona denunciante.

ARTICULO 22.— Competencia. Entenderá en la causa el/la juez/a que resulte competente en razón de la materia según los tipos y modalidades de violencia de que se trate.

Aún en caso de incompetencia, el/la juez/a interviniente podrá disponer las medidas preventivas que estime pertinente.

ARTICULO 23.— Exposición policial. En el supuesto que al concurrir a un servicio policial sólo se labrase exposición y de ella surgiera la posible existencia de violencia contra la mujer, corresponderá remitirla a la autoridad judicial competente dentro de las VEINTICUATRO (24) horas.

ARTICULO 24.— Personas que pueden efectuar la denuncia. Las denuncias podrán ser efectuadas:

- a) Por la mujer que se considere afectada o su representante legal sin restricción alguna;
- b) La niña o la adolescente directamente o través de sus representantes legales de acuerdo lo establecido en la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;
- c) Cualquier persona cuando la afectada tenga discapacidad, o que por su condición física o psíquica no pudiese formularla;
- d) En los casos de violencia sexual, la mujer que la haya padecido es la única legitimada para hacer la denuncia. Cuando la misma fuere efectuada por un tercero, se citará a la mujer para que la ratifique o rectifique en VEINTICUATRO (24) horas. La autoridad judicial competente tomará los recaudos necesarios para evitar que la causa tome estado público.
- e) La denuncia penal será obligatoria para toda persona que se desempeñe laboralmente en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomen conocimiento de que una mujer padece violencia siempre que los hechos pudieran constituir un delito.

ARTICULO 25.— Asistencia protectora. En toda instancia del proceso se admitirá la presencia de un/a acompañante como ayuda protectora ad honórem, siempre que la mujer que padece violencia lo solicite y con el único objeto de preservar la salud física y psicológica de la misma.

ARTICULO 26.— Medidas preventivas urgentes.

a) Durante cualquier etapa del proceso el/la juez/a interviniente podrá, de oficio o a petición de parte, ordenar una o más de las siguientes medidas preventivas de acuerdo a los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres definidas en los artículos 5° y 6° de la presente ley:

a. 1. Ordenar la prohibición de acercamiento del presunto agresor al lugar de residencia, trabajo, estudio, esparcimiento o a los lugares de habitual concurrencia de la mujer que padece violencia;

a.2. Ordenar al presunto agresor que cese en los actos de perturbación o intimidación que, directa o indirectamente, realice hacia la mujer;

a.3. Ordenar la restitución inmediata de los efectos personales a la parte peticionante, si ésta se ha visto privada de los mismos;

a.4. Prohibir al presunto agresor la compra y tenencia de armas, y ordenar el secuestro de las que estuvieren en su posesión;

a.5. Proveer las medidas conducentes a brindar a quien padece o ejerce violencia, cuando así lo requieran, asistencia médica o psicológica, a través de los organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil con formación especializada en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres;

a.6. Ordenar medidas de seguridad en el domicilio de la mujer;

a.7. Ordenar toda otra medida necesaria para garantizar la seguridad de la mujer que padece violencia, hacer cesar la situación de violencia y evitar la repetición de todo acto de perturbación o intimidación, agresión y maltrato del agresor hacia la mujer.

b) Sin perjuicio de las medidas establecidas en el inciso a) del presente artículo, en los casos de la modalidad de violencia doméstica contra las mujeres, el/la juez/a podrá ordenar las siguientes medidas preventivas urgentes:

b.1. Prohibir al presunto agresor enajenar, disponer, destruir, ocultar o trasladar bienes gananciales de la sociedad conyugal o los comunes de la pareja conviviente;

b.2. Ordenar la exclusión de la parte agresora de la residencia común, independientemente de la titularidad de la misma;

b.3. Decidir el reintegro al domicilio de la mujer si ésta se había retirado, previa exclusión de la vivienda del presunto agresor;

b.4. Ordenar a la fuerza pública, el acompañamiento de la mujer que padece violencia, a su domicilio para retirar sus efectos personales;

b.5. En caso de que se trate de una pareja con hijos/as, se fijará una cuota alimentaria provisoria, si correspondiese, de acuerdo con los antecedentes obrantes en la causa y según las normas que rigen en la materia;

b.6. En caso que la víctima fuere menor de edad, el/la juez/a, mediante resolución fundada y teniendo en cuenta la opinión y el derecho a ser oída de la niña o de la adolescente, puede otorgar la guarda a un miembro de su grupo familiar, por consanguinidad o afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada o de la comunidad.

b.7. Ordenar la suspensión provisoria del régimen de visitas;

b.8. Ordenar al presunto agresor abstenerse de interferir, de cualquier forma, en el ejercicio de la guarda, crianza y educación de los/as hijos/ as;

b.9. Disponer el inventario de los bienes gananciales de la sociedad conyugal y de los bienes propios de quien ejerce y padece violencia. En los casos de las parejas convivientes se dispondrá el inventario de los bienes de cada uno;

b.10. Otorgar el uso exclusivo a la mujer que padece violencia, por el período que estime conveniente, del mobiliario de la casa.

ARTICULO 27.— Facultades del/la juez/a. El/ la juez/a podrá dictar más de una medida a la vez, determinando la duración de las mismas de acuerdo a las circunstancias del caso, y debiendo establecer un plazo máximo de duración de las mismas, por auto fundado.

ARTICULO 28.— Audiencia. El/la juez/a interviniente fijará una audiencia, la que deberá tomar personalmente bajo pena de nulidad, dentro de CUARENTA Y OCHO (48) horas de ordenadas las medidas del artículo 26, o si no se adoptara ninguna de ellas, desde el momento que tomó conocimiento de la denuncia.

El presunto agresor estará obligado a comparecer bajo apercibimiento de ser llevado ante el juzgado con auxilio de la fuerza pública.

En dicha audiencia, escuchará a las partes por separado bajo pena de nulidad, y ordenará las medidas que estime pertinentes.

Si la víctima de violencia fuere niña o adolescente deberá contemplarse lo estipulado por la Ley 26.061 sobre Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Quedan prohibidas las audiencias de mediación o conciliación.

ARTICULO 29.— Informes. Siempre que fuere posible el/la juez/a interviniente podrá requerir un informe efectuado por un equipo interdisciplinario para determinar los daños físicos, psicológicos, económicos o de otro tipo sufridos por la mujer y la situación de peligro en la que se encuentre.

Dicho informe será remitido en un plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas, a efectos de que pueda aplicar otras medidas, interrumpir o hacer cesar alguna de las mencionadas en el artículo 26.

El/la juez/a interviniente también podrá considerar los informes que se elaboren por los equipos interdisciplinarios de la administración pública sobre los daños físicos, psicológicos, económicos o de otro tipo sufridos por la mujer y la situación de peligro, evitando producir nuevos informes que la revictimicen.

También podrá considerar informes de profesionales de organizaciones de la sociedad civil idóneas en el tratamiento de la violencia contra las mujeres.

ARTICULO 30.— Prueba, principios y medidas. El/la juez/a tendrá amplias facultades para ordenar e impulsar el proceso, pudiendo disponer las medidas que fueren necesarias para indagar los sucesos, ubicar el paradero del presunto agresor, y proteger a quienes corran el riesgo de padecer nuevos actos de violencia, rigiendo el principio de obtención de la verdad material.

ARTICULO 31.— Resoluciones. Regirá el principio de amplia libertad probatoria para acreditar los hechos denunciados, evaluándose las pruebas ofrecidas de acuerdo con el principio de la sana crítica. Se considerarán las presunciones que contribuyan a la demostración de los hechos, siempre que sean indicios graves, precisos y concordantes.

ARTICULO 32.— Sanciones. Ante el incumplimiento de las medidas ordenadas, el/la juez/a podrá evaluar la conveniencia de modificar las mismas, pudiendo ampliarlas u ordenar otras.

Frente a un nuevo incumplimiento y sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que correspondan, el/la Juez/a deberá aplicar alguna/s de las siguientes sanciones:

- a) Advertencia o llamado de atención por el acto cometido;
- b) Comunicación de los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del agresor;
- c) Asistencia obligatoria del agresor a programas reflexivos, educativos o terapéuticos tendientes a la modificación de conductas violentas.

Asimismo, cuando el incumplimiento configure desobediencia u otro delito, el juez deberá poner el hecho en conocimiento del/la juez/a con competencia en materia penal.

ARTICULO 33.— Apelación. Las resoluciones que concedan, rechacen, interrumpan, modifiquen o dispongan el cese de alguna de las medidas preventivas urgentes o impongan sanciones, serán apelables dentro del plazo de TRES (3) días hábiles.

La apelación contra resoluciones que concedan medidas preventivas urgentes se concederá en relación y con efecto devolutivo.

La apelación contra resoluciones que dispongan la interrupción o el cese de tales medidas se concederá en relación y con efecto suspensivo.

ARTICULO 34.— Seguimiento. Durante el trámite de la causa, por el tiempo que se juzgue adecuado, el/la juez/a deberá controlar la eficacia de las medidas y decisiones adoptadas, ya sea a través de la comparecencia de las partes al tribunal, con la frecuencia que se ordene, y/o mediante la intervención del equipo interdisciplinario, quienes elaborarán informes periódicos acerca de la situación.

ARTICULO 35.— Reparación. La parte damnificada podrá reclamar la reparación civil por los daños y perjuicios, según las normas comunes que rigen la materia.

ARTICULO 36.— Obligaciones de los/as funcionarios/ as. Los/as funcionarios/as policiales, judiciales, agentes sanitarios, y cualquier otro/a funcionario/a público/a a quien acudan las mujeres afectadas, tienen la obligación de informar sobre:

- a) Los derechos que la legislación le confiere a la mujer que padece violencia, y sobre los servicios gubernamentales disponibles para su atención;
- b) Cómo y dónde conducirse para ser asistida en el proceso;
- c) Cómo preservar las evidencias.

ARTICULO 37.— Registros. La Corte Suprema de Justicia de la Nación llevará registros sociodemográficos de las denuncias efectuadas sobre hechos de violencia previstos en esta ley, especificando, como mínimo, edad, estado civil, profesión u ocupación de la mujer que padece violencia, así como del agresor; vínculo con el agresor, naturaleza de los hechos, medidas adoptadas y sus resultados, así como las sanciones impuestas al agresor.

Los juzgados que intervienen en los casos de violencia previstos en esta ley deberán remitir anualmente la información pertinente para dicho registro.

El acceso a los registros requiere motivos fundados y previa autorización judicial, garantizando la confidencialidad de la identidad de las partes.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación elaborará estadísticas de acceso público que permitan conocer, como mínimo, las características de quienes ejercen o padecen violencia y sus modalidades, vínculo entre las partes, tipo de medidas adoptadas y sus resultados, y tipo y cantidad de sanciones aplicadas.

ARTICULO 38.— Colaboración de organizaciones públicas o privadas. El/la juez/a podrán solicitar o aceptar en carácter de amicus curiae la colaboración de organizaciones o entidades públicas o privadas dedicadas a la protección de los derechos de las mujeres.

ARTICULO 39.— Exención de cargas. Las actuaciones fundadas en la presente ley estarán exentas del pago de sellado, tasas, depósitos y cualquier otro impuesto, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 68 del Código Procesal, Civil y Comercial de la Nación en materia de costas.

ARTICULO 40.— Normas supletorias. Serán de aplicación supletoria los regímenes procesales que correspondan, según los tipos y modalidades de violencia denunciados.

TITULO IV

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 41.— En ningún caso las conductas, actos u omisiones previstas en la presente ley importarán la creación de nuevos tipos penales, ni la modificación o derogación de los vigentes.

ARTICULO 42.— La Ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar, será de aplicación en aquellos casos de violencia doméstica no previstos en la presente ley.

ARTICULO 43.— Las partidas que resulten necesarias para el cumplimiento de la presente ley serán previstas anualmente en la Ley de Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 44.— La ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Boletín Oficial de la Nación.

ARTICULO 45.— Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS ONCE DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

— REGISTRADO BAJO EL N° 26.485 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

SALUD PUBLICA

Ley 25.929

Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Sancionada: Agosto 25 de 2004

Promulgada: Septiembre 17 de 2004

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso,
etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º— La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

ARTICULO 2º— Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

ARTICULO 3º— Toda persona recién nacida tiene derecho:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

ARTICULO 4º— El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

ARTICULO 5º— Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

ARTICULO 6º— El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 7º— La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

ARTICULO 8º— Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL CUATRO.

— REGISTRADA BAJO EL N° 25.929 —

EDUARDO O. CAMAÑO. — MARCELO A. GUINLE. — Eduardo D. Rollano. —
Juan Estrada.

Bibliografía

Argentina. Ley Nacional de Parto Humanizado N° 25.929 (2004). Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Argentina. Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009). Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Beauvoir, Simone (1969). *El segundo sexo*. Siglo Veinte. Buenos Aires.

Bellón Sanchez, Silvia (2015). “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. En *Revista Dilemata*.

Camacaro Cuevas, M. (2009). “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico”.

Improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de La Mujer –

Caracas. Enero/Junio 2009 - VOL. 14 / N° 32

Castrillo, Belén (2014). “La perspectiva de género en el estudio de la intervención médica en el parto.” I PostCongreso de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Córdoba, Argentina 2 y 3 de Oct. 2014

Foucault, Michel (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. Buenos Aires.

Foucault, Michel (1995). *Discurso, Poder Y Subjetividad*. Ediciones El Cielo Por Asalto, Compilador Oscar Terán. Buenos Aires.

Foucault, Michel (2002). *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Fondo de Cultura Económica. Ciudad de México.

Huergo, Jorge (2009). *Hegemonía: “un concepto clave para comprender la comunicación”*,
Apunte de Cátedra.

Jensen, K.B. y Jankowski, N.W. (1993). *Metodologías cualitativas de investigación en
comunicación de masas*. 1ª Edición, Bosch Casa Editorial. Barcelona

Magnone Alemán, Natalia (2011), “Derechos sexuales y reproductivos en tensión:
intervencionismo y violencia obstétrica”, X Jornadas de Investigación de la Facultad de
Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo

Medina, Graciela, *Violencia obstétrica* (2009). Disponible [en línea]:

<http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>.

Menéndez E. L. (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria.” En Segundas
Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires. Pág. 451- 464.

Saintout, Florencia (2013) “Los Medios y la disputa por la construcción de Sentido” en Revista
Praxis en las encrucijadas de la civilización, N° 1, La Plata. Disponible en
<http://goo.gl/t0bTXv>

Valls Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Feminismos. Cátedra Ediciones. Universidad de
Valencia. España.

Este trabajo indaga sobre los sentidos contruidos en torno al parto de las mujeres y personas gestantes. Retoma relatos y narrativas de médicxs, obstetras y protagonistas de los partos con el fin de describir y analizar el discurso médico. A su vez, se busca preguntar por la incidencia de legislaciones sobre la temática con el objetivo de visibilizar si se cumplen en la práctica rutinaria de lxs profesionales de salud.

